



**UNIVERZITA KARLOVA**  
**V PRAZE**  
**3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA**



---

Klinika rehabilitačního lékařství FNKV

**Lucie Hasilová**

**Aktivizační metody u Alzheimerovy  
nemoci**  
*The Methods of Activization with Alzheimer  
Disease*

*Bakalářská práce*

Praha, květen 2007

Autor práce: Lucie Hasilová

Studijní program: Fyzioterapie

Bakalářský studijní obor: Specializace ve zdravotnictví

Vedoucí práce: **PhDr. Alena Herbenová**

Pracoviště vedoucího práce: **Klinika rehabilitačního lékařství**

**FNKV**

Datum a rok obhajoby:

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracoval/a samostatně a použil/a jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato diplomová/bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

V Praze dne 28.května 2007

Lucie Hasilová

## **Poděkování**

Na tomto místě bych rád poděkovala PhDr. Aleně Herbenové za vedení mé práce.  
A MUDr. Ivě Holmerové a Mgr. Jitce Suché za umožnění návštěvy Gerontologického centra v Praze 8 – Kobylisích.



# Obsah

<b>ÚVOD .....</b>	<b>7</b>
<b>1.DEMENCE .....</b>	<b>9</b>
1.1 ALZHEIMEROVA CHOROBA.....	10
1.1.1 Klinický obraz Alzheimerovy choroby.....	10
1.1.2 Stadia Alzheimerovy choroby.....	12
<b>2.AKTIVIZAČNÍ METODY U ALZHEIMEROVY CHOROBY .....</b>	<b>13</b>
2.1 Kinezioterapie.....	13
2.1.1 Působení kinezioterapie.....	15
2.1.2 Formy kinezioterapie v léčbě demencí.....	16
2.1.3 Cvičební jednotka.....	16
2.1.4 Doporučené formy cvičení pro jednotlivá postižení.....	17
2.1.5 Zásady provádění kinezioterapie u dementních pacientů.....	19
2.2 Reminiscenční terapie.....	20
2.2.1 Postup při reminiscenční terapii.....	20
2.2.2 Integrovaná reminiscenční terapie.....	21
2.2.3 Cíl reminiscenční terapie.....	21
2.2.4 Komunikace s pacientem.....	22
2.2.5 Důležité zásady reminiscenční terapie.....	22
2.2.6 Pomůcky pro reminiscenční terapii.....	22
2.2.7 Kreativní zpracování vzpomínek.....	23
2.2.8 Osvědčená témata pro reminiscenční terapii.....	23
2.3 Taneční a pohybová terapie.....	23
2.3.1 Průběh taneční terapie.....	24
2.4 Orientace v realitě ( reality orientation).....	25
2.5 Kognitivní rehabilitace a cvičení paměti.....	26
2.6 Bazální stimulace.....	26
2.6.1 Struktura.....	27
2.6.2 Tělo a okolí pacienta.....	28
2.6.3 Smysluplnost.....	28
2.6.4 Individuální normalita.....	28
2.6.5 Navození vztahu mezi pacientem a terapeutem.....	29
2.6.6 Doprovodná a podpůrná péče.....	29
2.7 Kreativní techniky.....	30
2.8 Pet-terapie.....	31
2.8.1 Canisterapie.....	31
<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>32</b>

<b>SOUHRN .....</b>	<b>33</b>
<b>SUMMARY .....</b>	<b>34</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....</b>	<b>35</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH .....</b>	<b>36</b>
<b>Příloha č. 1.....</b>	<b>37</b>
<b>Příloha č. 2.....</b>	<b>51</b>
<b>Příloha č. 3.....</b>	<b>55</b>
<b>Příloha č. 4.....</b>	<b>56</b>

# Úvod

Alzheimerova choroba je progredující neurodegenerativní proces, který v současnosti u nás postihuje asi 10% populace starší 65 let. V důsledku onemocnění tito lidé ztrácejí schopnost obstat v běžném denním životě a později zůstávají odkázáni na institucionální péči. Alzheimerova demence představuje jeden z nejvýraznějších problémů současného zdravotnictví a socioekonomické sféry.

Odborníci se zpravidla zaměřují na farmakologickou léčbu a nefarmakologické postupy neberou příliš na vědomí. Samozřejmě, že vždy předpokládali, že je vhodné nemocného člověka aktivizovat, být k němu vlídný, uzpůsobit prostředí jeho potřebám a podobně, ale takový přístup vnímali pouze jako účelný a nepřisuzovali mu výrazný efekt. Avšak poslední desetiletí přineslo několik významných studií, které vnášejí nový rozměr do této problematiky. Americká neurologická asociace publikovala materiály, v nichž porovnává právě tyto dva přístupy k léčbě Alzheimerovy nemoci. Zatímco pro většinu léků (kromě kognitiv a vitaminu E) vyznívá tento přehled velmi skepticky, nefarmakologické přístupy vycházejí ze studie s potvrzením účinnosti. (Holmerová, 2004)

Ve své práci se pokouším vypracovat přehled aktivizačních metod a postupů u nemocných s Alzheimerovou chorobou, díky kterým je možné výrazně zlepšit jejich stav a zároveň příznivě ovlivnit kvalitu života jich samých i jejich rodin.

V první části práce jsem krátce shrnula problematiku vlastního onemocnění, v druhé části jsem se zaměřila na aktivizační postupy, které je vhodné využít v terapii Alzheimerovy choroby. Dle mého názoru by se na péči o člověka postiženého Alzheimerovou nemocí měl zabývat, tak jako v jiných oblastech, celý rehabilitační tým. I v této mnohdy opomíjené problematice by se měli angažovat všichni členové, každý by se měl snažit zlepšit příslušnou oblast. Fyzioterapeut by v mé představě neměl vykonávat pouze kinezioterapii, ale měl by své znalosti rozšířit o další aktivační postupy a komunikační dovednosti, které je při práci s dementními osobami s výhodou užívat. Považuji za vhodné, může-li na pracovišti fyzioterapeut spolupracovat i s ergoterapeutem. Myslím si, že jejich kooperace může významně přispět k ucelenosti, návaznosti a smysluplnosti terapie.

Jako budoucí fyzioterapeut vidím v nefarmakologické léčbě nemocných s Alzheimerovou demencí velké možnosti. I když existuje řada metod, jejich zavedení do praxe se příliš nedaří – často možná pouze kvůli nedostatku kvalifikovaného nebo správně motivovaného personálu. Ráda bych se v budoucnu zaměřila na problematiku nefarmakologických postupů u osob s Alzheimerovou nemocí. Osobně mi práce s takto nemocnými osobami přináší uspokojení a vidím v ní smysl, což je pro mě velmi podstatné.

# 1. Demence

Demence představují skupinu duševních poruch, jejichž nejzákladnější charakteristický rys je získaný podstatný úbytek tzv. kognitivních (poznávacích) funkcí, především paměti a intelektu, způsobený určitým mozkovým onemocněním. Demence je syndrom, který zahrnuje různé symptomy nejen z oblasti kognitivních funkcí. Výsledkem je pak celková degradace duševní činnosti postiženého, snížená schopnost běžných denních aktivit, a nakonec ztráta dovedností, které jsou nezbytné pro samostatnou existenci. Takovýto člověk je pak odkázán na péči různých institucí – rodiny, ústavů sociální péče, nemocnic apod. Poruchy kognitivních funkcí bývají obvykle ze všech symptomů nejnápadnější, zpravidla (ne vždy) se vyskytují jako první klinické příznaky. Syndrom demence zahrnuje tyto hlavní příznaky:

- deterioraci intelektu (podstatné snížení intelektu od původní, premorbidní kapacity),
- poruchy paměti,
- poruchy orientace,
- poruchy soudnosti a schopnosti abstraktního myšlení,
- poruchy pozornosti a motivace,
- poruchy chápání,
- poruchy korových funkcí typu apraxií, afázií apod.,
- poruchy chování,
- poruchy emotivity,
- poruchy osobnosti, degradaci osobnosti.

Nekonstantně se vyskytují i další psychické poruchy, např. paranoidita včetně produkce paranoidně-persekučních bludů, poruchy vnímání aj.

Kvalitativní poruchy vědomí – deliria – nepatří k příznakům demence, uvedené poruchy se vyskytují nezávisle na poruše vědomí. Velmi často však dochází k současnému výskytu především tranzitorních, krátkodobých delirií u dementních pacientů.

Demence patří mezi tzv. organická mozková onemocnění. Etiologicky se tedy uplatňují choroby, které lze samostatně definovat a které poškozují mozkovou tkáň. Jsou to jednak primární mozkové choroby – např. Alzheimerova nemoc, traumata mozku, primární mozkové tumory, jednak systémové choroby postihující sekundárně také mozek – Wilsonova choroba, některé kolagenózy aj.

(Jiráček R., 1999)

## 1.1 Alzheimerova choroba

Alzheimerovu chorobu lze charakterizovat jako progredientní demenci s dominujícími mnestickými a intelektovými poruchami, s výrazným úpadkem osobnosti a s častými asociovanými poruchami dalších psychických funkcí.

Alzheimerova choroba trvá zpravidla několik let, výjimečně více než 10 let od objevení prvních klinických příznaků. Presenilní formy, především s familiárním výskytem, mívají zpravidla rychlejší průběh. Pacienti umírají na interkurentní choroby, úrazy, selhání základních životních funkcí.

(Jirák R., 1999)

### *1.1.2 Klinický obraz Alzheimerovy choroby*

Pro Alzheimerovu nemoc je typický plíživý, pomalý začátek. Tento začátek je někdy tak nenápadný, že si okolí všimne projevů demence až později, s odstupem. Choroba má plynule postupující charakter, bez nápadnějších výkyvů. Někdy se mohou objevit fáze jakéhosi zdánlivého zastavení či zpomalení průběhu choroby, které trvá určitý čas, a pak se opět vrací fáze plíživé progrese.

Na počátku se často vyskytují pouze **drobné změny osobnosti, chování, dynamogenie**. Postižený ztrácí své zájmy, přestává navštěvovat přátele, postupně u něho dochází k ochuzení myšlení, a k úpadku v eticko-estetické sféře. Může dojít k úbytku zájmu o sexuální život, někdy se ale naopak projeví sexuální hyperaktivita nebo nepřiměřené projevy sexuality, až sklony k deviantnímu chování, které dříve nebyly. Mohou se např. objevit pedofilní sklony, sklony k exhibicionismu apod.

Postupně se objevují a rozvíjejí **poruchy kognitivních funkcí**, které však u některých pacientů mohou dominovat od samého začátku. Jsou-li na počátku onemocnění u některých pacientů v popředí poruchy osobnosti, dostaví se u nich velmi brzy i poruchy kognice, a záhy se stávají vedoucími příznaky. Někdy bývají již v poměrně časných stádiích choroby přítomny poruchy tzv. visospaciálních funkcí – **defekty orientace v prostoru**. Postižený se např. ztratí ve známých místech, netrefí domů, či dokonce není schopen vyznat se ve vlastním bytě (není schopen nalézt WC, vlastní postel apod.). Stejně tak se brzy mohou projevit

poruchy soudnosti a logického uvažování. Bývá zhoršena schopnost abstrakce, což se projeví např. v tom, že pacienti nedokážou vymyslet smysl přísloví.

**Paměť** bývá porušena difúzně, ve všech složkách, i když zpravidla výbavnost ze zásobní paměti bývá porušena méně, především pokud se týče starých, dobře zafixovaných informací. Výrazně bývá postižena krátkodobá paměť a konsolidační fáze paměti, klinicky se projevující poruchou vštípivosti, tj. zapamatováním si nových paměťových obsahů. V pozdějších stádiích nahrazují někdy pacienti výpadky paměti **konfabulacemi**, tj. odpověďmi ad hoc, zapadajícími do kontextu otázky či diskutovaného tématu, ale neodpovídajícími pravdě. Oni jsou však v té chvíli přesvědčeni o pravdivosti svého tvrzení (např. pacient má k snídani vánočku s kakaem a na otázku, co snídal, odpoví, že rohlík s čajem. Údaj je adekvátní, avšak nepravdivý). V pozdějších stádiích choroby je krátkodobá paměť i vštípivost porušena tak silně, že dochází až k **tzv. amnestické dezorientaci** (nikoli tedy k dezorientaci na podkladě kvalitativní poruchy vědomí – deliria). Nemocní jsou pak dezorientováni místem, časem a nezřídka i vlastní osobou nebo jsou orientováni pouze rámcově, v hrubých rysech.

V průběhu progresu choroby výrazně **chudne myšlení pacientů**, nejsou pak schopni logických úvah, řídne i slovní zásoba a objevují se poruchy řeči. V řeči se často objevují verbigerace (opakování jednoho slova vícekrát za sebou), palilalie, logoklonie (komolení slov, hlavně koncovek, nebo až produkce slabik a slov nedávajících smysl, spojených spíše logicky než obsahově). Mohou se objevit též **korové výpadové jevy** typu afázií, agnozií, apraxií apod. (dříve byly tyto příznaky pokládány u Alzheimerovy choroby za konstantní, hlavně v pozdějších stádiích. Víme však, že řada případů Alzheimerovy choroby tyto potíže nemá).

Z poruch myšlení se dále mohou přechodně objevit **produkce bludů**, především paranoidně-persekučního obsahu. Tyto bludy bývají spíše prchavé, vágního obsahu, nelogicky skloubené, často bizarního obsahu (někdo jim krade peří z peřin, šaty ze skříně apod.). Mohou se také objevit **poruchy vnímání** –

halucinace nebo iluze, tvořící s bludy obraz paranoidně-halucinatorního syndromu.

Významné jsou **emoční poruchy**. Dochází nejčastěji k postupnému oploštění emotivity, a to spolu s oploštěním vyšších citů. Objevuje se egocentrismus, naopak zaniká sociabilita. Někdy mohou být přechodně v popředí patické nálady,

především mánie (spíše hypománie) nebo deprese, častá je tupá neproduktivní euforie. V průběhu Alzheimerovy choroby se mohou také vyskytnout nepřiměřené afekty, např. afekty vzteku.

Výrazné jsou také **poruchy motivace**. Bývá zpravidla snížena motivace ke všem činnostem, včetně základní péče o sebe sama. V pokročilých stádiích demence nebývají pacienti jak v důsledku těžkých mnestických a intelektových poruch, tak v důsledku poruch motivace schopni sami o sebe se postarat.

Jako zvláštní forma senilní demence Alzheimerova typu bývá někdy vyčleňována tzv. presbyofrenie. Tato demence se vyznačuje přítomností korsakovského syndromu (těžká porucha vstřípivosti, amnestická dezorientace ve všech směrech, nahrazování paměťových výpadků konfabulacemi). U presbyofrenie bývá častá inverze spánku, někdy se vyskytne tzv. delir zaměstnanosti (pacienti provádějí určité pseudoúčelné pohyby nebo úkony, jako kdyby dělali nějakou práci, neúčelně kutí apod.). Vyčleňování presbyofrenie jako samostatné formy Alzheimerovy choroby se však nejeví jako účelné.

Osobnost nemocných bývá u Alzheimerovy choroby postižena velmi výrazně. Nastává úbytek v eticko-estetické oblasti, výrazný úbytek zájmů. Objevuje se egocentrismus. **Úpadek osobnosti** je (na rozdíl od demencí vaskulárního typu) patrný velmi brzy, postižení se jeví brzy svému okolí nemocní. Objevuje se sobeckost, podezřivost, jindy převládá nezájem, apatie. Bývají neupravení, postupně přestávají být schopni péče o sebe sama. Velmi často se dostavuje **inkontinence moči i stolice**. V pokročilých stádiích Alzheimerovy choroby se mohou u pacientů vyskytnout **poruchy chůze** nebo dokonce **extrapyramidový hypertonicko-hypokinetický syndrom**.

V terminálních stádiích Alzheimerovy nemoci bývají nemocní často upoutáni na lůžko, dochází u nich k poruchám trofiky, k rozvoji dekubitů a hypostatických pneumonií.

(Jiráček R., 1999)

### *1.1.2 Stadia Alzheimerovy choroby*

Lehké stadium (1 až 4 roky od začátku AN) – typická je porucha schopnosti učení se novým informacím a ztížené vybavování. Relativně zachované je vybavování starších údajů. Objevují se poruchy zrakově prostorových funkcí a



dezorientace místem a časem. Deficit je na překážku denním činnostem, neomezuje však soběstačnost nemocného.

Střední stadium onemocnění (2 až 10 let od začátku AN) se vyznačuje závažnou poruchou paměti. Nové informace lze vštípit jen výjimečně a na velmi krátkou dobu. Pacient si nevybavuje ani základní známé údaje, informace o místě, kde se nachází, co nedávno dělal. Je dezorientován, ztrácí se i ve známém prostředí. Nevybavuje si jména známých osob. Dochází k rozvoji afázie, apraxie a agnózie. Soběstačnost nemocného je postupně závažně ohrožena.

Těžké stadium (7 až 14 let choroby) se vyznačuje téměř úplnou ztrátou paměti s neschopností vštípení nových informací. Nemocný nepoznává ani své blízké osoby, je zcela nesoběstačný, neschopný bez pomoci vykonávat základní aktivity denní rutiny (jídlo, hygieny, oblékání, aj.). Je závažná či úplná inkontinence svěračů. Někdy nacházíme také extrapyramidovou symptomatiku (rigidita, poruchy chůze) nebo epileptické záchvaty.

(Waberžinek G. , Vališ M., 2006)

## 2. Aktivizační metody u Alzheimerovy choroby

### 2.1. Kinezioterapie

Lidé postižení Alzheimerovou nemocí nemívají zpravidla zejména v počátečních fázích onemocnění výrazné zhoršení fyzického stavu. Pomocí kinezioterapie může nemocný vydat nahromaděnou energii přijatelným způsobem a díky tomu se dostaví přirozená únava. Pro pacienta to často přináší úpravu nočního neklidu, zlepšení kvality spánku a snížení výskytu nežádoucího chování.

Správně vedenou kinezioterapií můžeme u pacienta působit na schopnost koncentrace.

Díky cvičení ve skupině a v páru můžeme příznivě působit na zlepšení vzájemné komunikace mezi jednotlivými členy a posilovat pocit sounáležitosti.

Kinezioterapie zlepšuje schopnost uvědomění si vlastního těla. Postupně jsou aktivovány všechny části těla a nemocným je umožněno poznat rozdíl mezi svaelem kontrahovaným a relaxovaným.

Pozitivně přijímaná zátěž snižuje úzkost a depresi. Jedním z cílů kinezioterapie je také zlepšení aktuálně prožívaného psychosomatického stavu.

Dalším efektem je zlepšení fyzického stavu.

Prostředky kinezioterapie jsou: aktivně prováděný cílený pohybový program, vytvoření terapeutického vztahu, neverbální formy komunikace, učení, podněcování emocí, interakce ve skupině.

Kinezioterapie představuje somatoterapeutickou aktivitu, která pomáhá nemocnému znovu nalézt:

- Vědomí pohyblivosti
- Psychosomatickou jednotu (jednotu tělesna a duševna)
- Pozitivní sebepřijetí a integritu osobnosti
- Tělesnou symboliku
- Emoční spontaneitu
- Tvořivost

Pro terapii je podstatné vytvoření terapeutického vztahu založeného na důvěře a vytvoření bezpečného prostředí. Je důležité brát každého nemocného jako samostatnou osobnost a na základě individuálního pohovoru s ním navázat kontakt. Je užitečné apelovat na příjemné prožitky z mládí spojené s pohybem a sportem.

Při tvorbě pohybových programů dbáme na následující faktory:

- a) navázání na předchozí pozitivní zkušenost s pohybovou činností,
- b) adekvátnost v psychické a fyzické náročnosti
- c) volba neohrožujícího známého prostředí a plné využití možností, které nabízí.

Při zařazení pacienta do jednotlivých kinezioterapií je nezbytné brát v úvahu osobnost nemocného, jeho aktuální psychický stav a předchozí zkušenost a motivace ke cvičení.

### *2.1.1 Působení kinezioterapie*

Kinezioterapie představuje psychosomatickou aktivitu, která přináší pacientům:

1. Vědomí pohyblivosti. Nemocný si lépe uvědomuje vlastní tělo, jeho možnosti a následně možnosti ovládat vlastní tělo. Pozitivní prožitek pomáhá rozvíjet a upevňovat tělesné schéma.
2. Psychosomatickou jednotu (jednotu tělesna a duševna). Pohyb představuje jeden ze spojovacích článků vnitřního a vnějšího světa. Záměrný, aktivně prováděný pohyb je současně aktivitou fyzickou i psychickou.
3. Pozitivní sebepřijetí a integritu. Objektivní tělesné schéma se velmi často liší od subjektivního obrazu těla. Subjektivní obraz těla vzniká na podkladě vlastní zkušenosti s vnitřním a vnějším prostředím, včetně interpersonálních vazeb, které nemusí být u poruch psychiky reálné. Aby došlo k rekonstrukci sebeobrazu ve smyslu pozitivnějšího přijetí, je nezbytné volit synchronizující cvičení s adekvátní obtížností provedení. Cviky s nadměrnou obtížností by mohly aktivovat obranné mechanismy a pacienta nemotivovat od dalšího cvičení. Pacient je během provádění tělesných cvičení naváděn k uvědomování si vlastního těla, jeho poloh, pozic, průběhu pohybu, působení vlastního pohybového projevu a jeho významové stránky. Zároveň nemocný vnímá a sleduje pohyby druhých.

To vše umožňuje konfrontaci a podněcuje k záměrné seberegulaci vlastních pohybů.

4. Tělesnou symboliku. Pohyb a tělesné polohy mají symbolický význam. Díky tomu je možné vyjadřovat se prostřednictvím pohybu.
5. Emoční spontaneitu. Pacient je podmínkami svého života často nucen potlačovat projevy svých emocí spojených s potřebou vyjádření svých potřeb a přání. Pohyb mu umožňuje bez omezení prožívat své emoce.
6. Tvořivost. Pohybová činnost ve svém průběhu programově iniciuje i tvořivost. Některé programy se přímo zaměřují na rozvoj tvořivosti.

### *2.1.2 Formy kinezioterapie v léčbě demencí*

U nemocných, kteří trpí zvýšeným napětím s úzkostným, depresivním, neuspořádaným, neklidným, agresivním chováním lze podle stupně postižení použít:

U těžších forem demence provádíme nenáročná gymnastická a dechová cvičení doprovázená automasáží. Zaměřujeme se na schopnost koncentrace. Pacienta vedeme k uvědomování si vlastního těla a jeho částí. Utvoření tělesného schématu přináší snížení míry dezintegrace. Využíváme cviky v sedu na židli, vleže, ve stoji s oporou.

U lehčích forem demence využíváme aktivně relaxujících programů s použitím gymnastických a tanečních prvků. Umožňuje udržení a podporu stávající úrovně kondice, kognitivních, koordinačních, psychických a sociálních funkcí a obnovu dovedností, znalostí a jejich kvality. Opět se snažíme vytvořit podvědomí o tělesném schématu, jeho integritě a možnostech. Užíváme i nácvik manipulace s drobnými předměty, řešení úkolů spojených s manipulací. Využíváme i neverbální komunikativní programy s jednoduchou formou spolupráce a verbální komunikace.

### *2.1.3 Cvičební jednotka*

#### **Úvodní část**

Na začátku je nejdůležitější snížit celkové napětí a zároveň namotivovat pacienta k účasti na terapii a navodit schopnost koncentrace mysli. Zároveň skupinu uvádíme do reality připomenutím data, dnu v týdnu, ročního období a roku. Také se zmíníme kdo má svátek, narozeniny a podobně.

- Cvičení zahajujeme krátkým rozhovorem o aktuálním prožívání.
- Klademe důraz na pozitivní okolnosti, vyzdvihujeme pozitivní vliv předchozích setkání.
- Soustředíme se na vlastní dech (úplný jógový dech).
- Postupně zvýšíme, načež uvolníme svalové napětí v jednotlivých částech těla (Jacobsonova metoda). Díky tomu zlepšíme uvědomování si vlastního těla.
- Poté aktivně procvičíme drobnými pohyby jednotlivé části pohybové soustavy. Díky tomu zlepšíme vědomí ovlivňování svého těla a tím sebe sama.
- Cvičení probíhá v sedu na židli. Pokud je to možné a pro nemocné přijatelné využíváme i lehu. V aktivní části přecházíme do stoje s oporou, bez opory, k pohybu k prostoru.

### **Hlavní část**

Tato část má vždy předem určený záměr a charakter. Ten je daný mírou onemocnění, aktuálním psychosomatickým stavem a záměrem léčby.

Míra tělesné zátěže je mírná až střední. Začínáme s mírně zvýšenou fyzickou zátěží při tepové frekvenci 80-90 tepů za minutu, která má uvolňující charakter. Aerobní zátěž může být později zvýšena, ale pouze v případě, jsou-li nemocní pro zvýšení zátěže pozitivně motivováni. Násilné vedení terapie by mohlo způsobit ztrátu zájmu a mohlo by vést k trvalé demotivaci.

### **Závěrečná část**

Využíváme klidné polohové a dechové cvičení.

Závěr pak věnujeme rozhovoru o prožitcích, které přináší cvičení, o přínosu do dalšího života.

Cvičení by mělo být zařazeno do léčebného programu alespoň 3krát týdně. Délka cvičební jednotky je 30-45 minut.

#### *2.1.4 Doporučené formy cvičení pro jednotlivá postižení*

##### **a) úbytek paměťových funkcí a apraxie**

Toto postižení je charakteristické poruchou učení novým informacím, obtížemi při vybavování a poruchami pozornosti a soustředění. Nemocný se nedokáže soustředit a nic nového se nenaučí.

Cvičení je zaměřeno na procvičování a znovuvybavování stávajících dovedností, souvisejících s pohyblivostí vedoucí k soběstačnosti. Cvičeny jsou i drobné manipulační dovednosti, pohyblivost ruky, správné držení těla a chůze.

b) úbytek dalších kognitivních funkcí

Myšlení se stává bradypsychické, nevýbavné, rigidní, stereotypní. Nemocnému nejde zpracovávat běžné informace, plánovat, organizovat, rozhodovat se, nechápe požadavky okolí.

Cvičení se soustřeďuje na elementární herní situace mající ráz dovednosti s nutností řešení jednoduchých úkolů samostatně, ve spolupráci s dalšími pacienty nebo ve spolupráci ve skupině 3-8 osob. Procvičují se dovednosti při jednání, neverbální i verbální komunikaci. Důraz je kladen na pozitivní prožívání při zvládnutí úkolu. Cílem je úspěšné splnění zadaného úkolu. Hlavním problémem tohoto typu terapie je stanovení adekvátní náročnosti.

c) poruchy vnímání

Cvičení je vedeno k určení kvality předmětů, které využíváme během terapie. Elementární cvičení využitím předmětů z různých materiálů, o různé hmotnosti, barevnosti, lišících se tvarem a povrchem. Pacient je vyzíván k výběru předmětu požadované kvality.

d) apraxie – až ztráta pohybových stereotypů a dovedností

Cvičební jednotka se soustřeďuje na vnímání vlastního těla a jeho funkcí. Využíváme formy integračně koncentračních cvičení, forem polohových cvičení s důrazem na integrující vnímání vlastního těla a jeho funkcí, dechových cvičení a zdravotní gymnastiky. Mnohonásobné procvičování s uvědomováním si anatomicky správných poloh sedu, stoje a chůze.

e) poruchy řeči

Poruchy řeči jsou často spojeny s narušeným myšlením.

Při terapii využíváme herních motivů stimulujících ke komunikaci v různých situacích.

f) poruchy emotivity

Objevují se poruchy v citovém ladění, emoční labilita, zhoršená kontrola emocí. Často se přidružuje tělesný neklid – nutkání ke stereotypním pohybům, později se přidává citová zploštělost a apatie.

Využívá se zejména cvičení o mírné až střední fyzické námaze čímž dochází k postupnému snižování napětí. Při silné úzkosti a u depresivních pacientů je velmi obtížné začít se cviky s nižší aktivitou. Spíše preferujeme postup, kdy postupně snižujeme tempo až do stavu, kdy je možno přímo přejít v relaxační cvičení s nízkou fyzickou zátěží formou Jacobsonovy relaxace. U mužů můžeme využít prvky ze sportů a her, u žen užíváme taneční motivy a cvičení v doprovodu hudby.

#### g) poruchy motivace

Projevují se ztrátou zájmu a iniciativy. Doprovodným příznakem může být uvolněná některá z pudových složek (např. potřeba jídla, sexualita apod.).

Využíváme cvičení ve skupině a počtu 3-8 osob. Snažíme se vyzdvihnout přínos cvičení a zdůrazňujeme příjemné pocity z něj plynoucí. Snažíme se navodit pocit sounáležitosti. Cvičební jednotka je sestavena s ohledem na fyzické, psychické a sociální možnosti účastníků.

#### h) poruchy spánku

U těchto poruch pozorujeme změny spánkového rytmu, často až posunem k nočnímu bdění a denní ospalosti.

Cvičení navazuje na světelnou terapii. Zařazuje se třikrát denně – ráno, po poledním odpočinku a večer.

#### ch) agresivní chování

Prožívané zvýšené napětí může u některých pacientů vyvolávat agresivní jednání. To se snažíme regulovat prostřednictvím relaxačních cvičení a kritických období dne.

### *2.1.5 Zásady provádění kinezioterapie u dementních pacientů*

1. Respektovat osobnost nemocného. Zdůraznit sebeúctu, spoluúčast a sounáležitost.
2. Při tvorbě cvičebního programu je nezbytné zohlednit osobnost nemocného. Využít cviky s adekvátní obtížností a s možností úspěšného splnění.
3. Zajistit stabilní formu cvičení, která se může postupně a v malém rozsahu obměňovat.
4. Variabilita cviků, aby hodina každého zaujala a byla pro něj přístupná.

5. Činnost musí být prováděna na nejvyšší možné úrovni, které je nemocný schopen.
6. Vytvoření důvěrného vztahu mezi nemocným a terapeutem.
7. Klidné, neohrožující prostředí pro terapii.
8. Kinezioterapie by měla být prováděna pravidelně v rámci denního nebo týdenního režimu.

(Hátlová B., Suchá J. 2005)

## 2.2 Reminiscenční terapie

Jedná se o přístup, který je prokazatelně účinný a podílí se na zlepšování kvality komunikace mezi nemocným a rodinnými pečovateli. Napomáhá postiženým demencí znovu nacházet svou lidskou důstojnost a to způsobem, který zohledňuje i potřeby pečujících.

Jde o aktivizační a validační metodu, při které se využívají vzpomínky a ve které se pokoušíme vzpomínky vyvolat prostřednictvím různých podnětů. Tato metoda je zaměřena především na pacienty s demencí, kteří trpí poruchami zejména krátkodobé paměti, ale i přes to si velmi dobře vybavují různé události a momenty z mládí a minulosti. Součástí tohoto přístupu je i utváření okolního prostředí a snaha o zlepšení komunikace mezi nemocným člověkem a jeho blízkými.

Reminiscenční terapie může být vedena individuálně nebo může probíhat ve skupině. Tato metoda je vhodná pro pacienty s lehkou a středně těžkou demencí, jedná se tedy o pacienty, pro které nemáme mnoho jiných alternativ. Velkým kladem této metody je snadná aplikace a nízké náklady, i proto by se měla stát jak ve zdravotnických, tak v sociálních zařízeních běžně užívanou.

### 2.2.1 *Postup při reminiscenční terapii*

Terapeut na počátku provede vstupní pohovor. Ten by se měl odehrávat v klidném a příjemném prostředí individuálně. Je vhodné pokud je zde přítomen i pečovatel nebo příbuzný nemocného. Cílem této vstupní rozpravy je orientačně zjistit informace, které budou pro terapii potřebné a důležité. Je potřeba se vyptat, zda je pacient rád v kolektivu, nebo dává přednost samotě, jak pacient rozumí



mluvené řeči, do jaké míry je schopen se vyjádřit v mluveném slovu, nebo zda dává přednost jiné formě komunikace. Je nezbytné vyptat se na traumatizující zážitky a konverzační témata. Terapeut se informuje i o zdravotním stavu nemocného, jeho diagnózu a zajímá ho i sociální anamnéza pacienta – zejména rodinné vztahy, dřívější zaměstnání, zájmy a preferované činnosti. Také si zeptá, do jaké míry jsou rodinní příslušníci ochotni zapojit se do terapie.

Individuální reminiscenční terapie je určena pro pacienty, kteří nevyhledávají společnost a naopak se kolektivu spíše straní. Protože je tento způsob terapie časově náročný, je vhodné, aby se na něm významně podílel i rodinný pečovatel nemocného, který může terapii později provádět i samostatně. Skupinová terapie je výhodná pro pacienty, terapeuta i pečovatele z mnoha důvodů. Ve skupině se zlepšuje komunikace díky většímu počtu zúčastněných. Navíc vzpomínky jednoho vyvolávají různé představy a vzpomínky u ostatních. V neposlední řadě se účelněji a lépe využije čas terapeuta.

### *2.2.2 Integrovaná reminiscenční terapie*

Je vhodné pokud se tento postup začlení do celkového přístupu k nemocným a nevyužívá se pouze po dobu průběhu terapie. Prostory pro lidi trpící demencí by měli být vybaveny pomůckami využívanými při reminiscenci, prostředí by mělo být útulné, ošetřující personál by měl s nemocnými jednat vlídně a důstojně. I v relativně pokročilých stádiích demence si nemocný udržuje cit pro estetiku a vnímá chování ostatních.

Pro úspěšné vedení reminiscenční terapie je nezbytné umět naslouchat, vnímat a pamatovat si jednotlivé události ze života nemocného a být schopen na ně navázat a vracet se k nim, být empatický a zřetelně projevovat zájem, citlivě se chovat nejen k pacientům, ale i k jejich rodinným příslušníkům a umět citlivě zvládnout negativní emoce ze strany pacienta i pečujících.

### *2.2.3 Cíl reminiscenční terapie*

Využíváme starých vzpomínek pacientů, jejichž krátkodobá paměť a vzpomínky na nedávné události jsou významně narušeny. Reminiscenční terapie umožňuje, aby se nemocní vrátili ve vzpomínkách do doby, kdy byli zdraví, mladí a šťastní. Tyto vzpomínky navíc zaplňují prázdné místo po chybějící krátkodobé paměti. Reminiscenční terapie poskytuje nemocným pohled na svou osobnost a

vrací jim díky tomu sebedůvěru. Pečujícím navíc poskytuje cenné informace o dřívějších postojích a chování nemocného, což mu mnohdy významně usnadní pochopení jeho dnešního chování. Navíc mu pomůže i v plánování denních aktivit, pokud zjistí priority a oblíbené činnosti nemocného. Díky terapii se minimalizuje závažná sociální izolace jak nemocného, tak i rodinných příslušníků.

#### *2.2.4 Komunikace s pacientem*

Je nezbytné, aby nemocný rozuměl tomu, co mu chceme sdělit, všem otázkám a pokynům. Terapeut musí zvolit vhodnou formu komunikace, ať už verbální, nonverbální. Často proto využívá krátké věty, bez složitých obrátů. Výhodné je využití mimiky a gest. Vždy se přesvědčíme, zda nám nemocný rozuměl a je mu jasné co po něm požadujeme. V komunikaci je vhodné dát nemocnému dostatečný prostor pro jeho vyjádření. Netrpělivost může způsobit zastrášení nemocného, který se stáhne do ústraní, cítí se zahlcen, obává se důležitých událostí a ztrácí sebevědomí.

#### *2.2.5 Důležité zásady reminiscenční terapie*

Příjemné prostředí, pohodlné oblečení, přiměřená vzdálenost mezi jednotlivými účastníky, stejná výšková úroveň všech zúčastněných, nespěchat, příliš neorganizovat, důraz na nonverbální prostředky, vstřícný postoj vůči všem sdělením, respekt pro všechny účastníky.

#### *2.2.6 Pomůcky pro reminiscenční terapii*

Vše se odvíjí od kreativity každého terapeuta. Někteří využívají jen staré fotografie, jiní se vybaví i různými předměty z dob mládí nemocných, které evokují vzpomínky a pocity. Je vhodné mít informace o historických událostech patřičného období a zvyklostech jednotlivých skupin obyvatel – jako např. město, venkov, zemědělci, úředníci, katolíci, židovská komunita.

Často užívané pomůcky jsou kromě zmiňovaných fotografií také staré knihy, slabikáře, staré předměty běžného denního života (mlýnek na kávu, valcha, hříbek, staré pero, hliněnky, káča).

Používat můžeme i vůně (skořice, melta, cikorka, jádrové mýdlo), hmat (různé druhy látek:samet, satén, tyl), sluch (hudba, zvonek, rolničky, píšťalka).

### *2.2.7 Kreativní zpracování vzpomínek*

Jedná se o způsob, kterým postupujeme při terapii. Opět záleží čistě na terapeutovi jaký si zvolí. Vyprávění se může zdát nejsnazší, ale nemocní mohou mít často obtíže s vyjádřením vzpomínek a postřehů. Může se ale využít i malování, zpívání, tanec a pohybové vyjádření (vaše cvičení na všesokolském sletu), recitování (básničky ze školy).

### *2.2.8 Osvědčená témata pro reminiscenční terapii*

Jednotlivá témata je třeba volit individuálně, s přihlédnutím na složení skupiny. Vhodné je vybírat pouze témata spojená s pozitivními emocemi, patří sem například: moji kamarádi z dětství, příhody z dětství, moje první láska, svatba, taneční hodiny, příběhy ze školy, z vojny, písničky, domácí zvířata, sportování, cestování, dovolená...

(Holmerová I., Suchá J. 2003)

## **2.3 Taneční a pohybová terapie**

Jedná se o psychoterapeutické využití pohybu v procesu, který působí na zlepšení emoční, kognitivní, sociální i fyzické integrace člověka. Estetická stránka zde ustupuje do pozadí a naopak se zde klade důraz na fyzické, psychologické a sociální faktory. Díky ní můžeme pracovat na zlepšení kondice, koordinace, rovnováhy, ale zároveň ovlivňujeme i emotivitu a komunikaci ve skupině. Taneční terapie má široké uplatnění, je vhodná jak pro osoby postižené demencí, tělesně handicapované, tak i pro zdravé seniory.

Nejvhodnější uskupení pro terapeutickou hodinu u osob trpících demencí je kruh. V tomto útvaru mají možnost se navzájem sledovat a zároveň mohou snadno vnímat osobu terapeuta, který je součástí jejich kruhu. Zároveň kruh vytváří pocit bezpečí a i osoby s obtížným soustředěním a rychlou ztrátou pozornosti při této aktivitě vydrží poměrně dlouho.

Při samotném tanci nevytváříme složité kreace, ale spíše se zaměříme na jednoduché pohyby, tleskání, zpívání jednoduchých říkanek nebo jen slabik do rytmu.

V průběhu celé terapie je velmi důležitý individuální přístup. Terapeut oslovuje přímo jednotlivé účastníky, zřetelně je oslovuje, vyzívá je k tanci a laskavě jim vysvětluje požadovaný pohyb či aktivitu.

Pro taneční terapii využíváme různých druhů hudby. Volíme hudbu s výrazným rytmem, který umožňuje snadno vytvářet drobné pohybové variace. Nejvhodnější je středně rychlé tempo, které může být i doprovázené zpěvem (pacientům dobře známá píseň). Příliš rychlá hudba může u pacientů vyvolávat neklid. Naopak pomalé tempo po delší čas nemotivuje k pohybu a může spíše uspávat.

### *2.3.1 Průběh taneční terapie*

Terapii je vhodné zahájit vsedě na židličkách. Terapeut je uvnitř kruhu, což všem umožňuje, aby ho snadno sledovali a mohli tak kopírovat jeho pohyby. Na začátku při pomalé relaxační hudbě terapeut koriguje sed a vede k pomalému rozcvičení horních a dolních končetin. Je vhodné jednotlivé pohyby opakovat 2-4x a přejít na jinou část těla. Vícečetná opakování vyvolávají u dementních osob ztrátu zájmu.

Jednotlivá cvičení

- Korekce sedu s napřímením zad opřením o opěradlo
- Uvolnění krční páteře – úklony a předklony hlavy
- Protážení rukou nahoru, do stran a před sebe – nejdřív jednu po druhé a pak obě najednou
- Zvedání a spouštění ramen
- Úklony trupu do obou stran
- Zvedání rukou nad hlavu s následným protažením obloukem před sebe až do předklonu (schopnější se mohou dotknout až země)
- Procvičení plosek nohou
- V předklonu těla vzít do ruky střídavě jedno koleno a přitahovat jej k hrudníku
- Pomalé kroužení rameny, předloktím, dlaněmi a chodidly (možno využít různé kombinace)

U všech cviků zdůrazňujeme pomalé a klidné provedení. Je nezbytné klást důraz na pravidelné dýchání, aby nedocházelo k zadržování dechu. Při

rozcvičování můžeme ponechat i prostor pro improvizaci (vyzvěme účastníky aby jakýmkoli pohybem vyjádřili hudbu).

Pro rozcvičení může být využita rytmická hudba spojená s vytleskáváním rytmu, podupáváním apod. Je důležité správné odhadnutí délky jednotlivých cvičení, aby nedocházelo k únavě účastníků, která může být příčinou ztráty zájmu.

Vlastní taneční terapie začíná pomalým valčíkem. Terapeut vyzve každého popořadě k tanci. Začne pomalým „pohupováním“, u schopnějších může zkusit pár valčíkových kroků. Poté dotyčnému poděkuje za tanec, odvede jej na místo a vyzve dalšího. Po celou dobu přítomné povzbuzuje a motivuje k tanci v párech. Dále se může přejít v rytmickou hudbu jako například pochod, čardáš, kankán. Přítomné vyzvěme k pochodování a tleskání do rytmu, můžeme také vytvořit z účastníků „hada“. Ten je výhodné využít u méně stabilních pacientů.

V závěru opět přejdeme k pomalejší hudbě, všichni se opět posadí do kruhu a v rytmu hudby se s pohupováním vydýchají. Všem poděkujeme za tanec, pochválíme je a pozveme je k účasti na příští hodině.

(Veleta P., Holmerová I. 2002)

## 2.4 Orientace v realitě ( reality orientation)

Jedná se o jeden z nejdéle využívaný přístup k pacientům s demencí. Zatímco výsledky studií prokazují jasně pozitivní vliv na pacienta, při klinické aplikaci se někdy upozorňuje na zhoršování behaviorálních i psychických symptomů nemocných, například agitovanosti, agresivity a úzkosti. Toto chování však může být vyvoláno necitlivým vedením terapie. Při aplikaci této metody bychom neměli pacienty při chybování příliš opravovat, spíše se snažíme navrhnout správnější řešení. Jinou odpověď můžeme také navrhnout jako součást diskuze.

Orientace v realitě se může provádět jak individuálně tak ve skupině (zhruba 3-6 osob). Zařazujeme ji asi 5x týdně s tím, že jedno sezení trvá půl hodiny až jednu hodinu. Důležité je příjemné prostředí, kde pacient netrpí pocitem strachu. Hodina začíná zjištěním stupně orientovanosti pacientů, které doplníme diskuzí a případným zpřesněním. Dále navážeme hrami, které se zaměřují na využití kognitivních funkcí a snažíme se o zapojení všech smyslů. Využíváme

různé obrázky a předměty. Pokoušíme se rozvinout diskuzi o jejich tvaru, barvě, materiálu a možnostech využití. Orientaci v realitě začleňujeme do komplexního přístupu k pacientům s demencí v podobě barevného označení prostor a místností, zviditelnění hodin, umístění informačních tabulí s různými nápovědami o datu, dnu v týdnu, ročním období, apod.

(Holmerová I., 2004)

## 2.5 Kognitivní rehabilitace a cvičení paměti

U pacientů, zejména s mírnější formou demence, využíváme jemnější a šetrnější formu cvičení paměti – tzv. kognitivní trénink. Jedná se o různé, zpravidla zjednodušené a nesoutěživě vedené slovní hry, doplňování říkadel, doplňování slov podle prvního písmene či slabiky, skládání obrazců apod. U této formy terapie je s výhodou využívat rozmanité pomůcky, jako například různé obrázky, číslované domino apod.

Kognitivní rehabilitaci je nezbytné aplikovat šetrně. Nesprávný přístup formou soutěže nebo s důrazem na úspěšnost může pacienty trpící demencí spíše traumatizovat, neboť takovýmto přístupem se vyzdvihuje jejich handicap.

(Holmerová I., 2004)

## 2.6 Bazální stimulace

Prof. Dr. Andreas Fröhlich začal v roce 1975 v Rehabilitačním centru Westpfalz/Landstuhl rozvíjet koncept podporující rozvoj schopností u těžce postižených dětí. Převážně se zabýval podporou sensorické komunikace. Se zdravotní sestrou Christel Bienstein modifikovali tento koncept pro ošetrovatelskou péči. To znamená, že ošetřující volí takové ošetrovatelské intervence, které zohledňují koncept bazální stimulace a individualitu pacienta. Bazální stimulace nám umožňuje stylizovat kulturu kontaktu mezi lidmi s těžkým zdravotním postižením a jejich okolím.

Bazální stimulace představuje osvědčený koncept redukcí závislost pacienta na ošetrovatelské péči a vede k lokomoci, vnímání a následně komunikaci. Je zaměřena především na dezorientované pacienty, pacienty

s Alzheimerovou chorobou, ale i na pacienty v bezvědomí, na umělé plicní ventilaci, pacienty s apatickým syndromem i na hemiplegické pacienty. Tato metoda pomáhá těžce nemocným lidem v uvědomění jejich potřeb.

U lidí postižených Alzheimerovou chorobou je výrazně snížena schopnost vnímání, a to jak okolí tak i vlastního těla. Bazální stimulace jim navrácí tyto velmi důležité vjemy.

Prvky bazální stimulace lze rozdělit na základní a nastavbové. Mezi základní prvky patří stimulace somatická, vestibulární a haptická. Nastavbové prvky bazální stimulace jsou stimulace orální, olfaktorická, taktilně haptická, vizuální a auditivní. Koncept bazální stimulace je založen na procesu odhalování a objevování. Nemá představovat pouze snahu pro člověka udělat něco dobrého, ale je přístupem, který má za cíl rozvíjet a orientovat pacienta.

Základní body bazální stimulace jsou: 1. Struktura, 2. Zkušenosti pacienta se svým tělem a okolím, 3. Smysluplnost, 4. Individuální normalita, 5. Utváření vztahu, 6. Vedení a doprovod.

### *2.6.1 Struktura*

Při ošetrovatelské péči dodržující zásady bazální stimulace je velmi důležité dodržovat časovou strukturu. To znamená, že určité činnosti se opakují pravidelně denně ve stejném čase, jsou prováděny přesně stejným postupem a mají také určité prvky, které se během dne rytmicky opakují v pevně definovaných časech. Tyto postupy jsou předem promyšleny a cíleně orientovány. Struktury umožňují realizaci činností v přesném pořadí, což nemocnému poskytuje příležitost si na ně zvyknout a nalézt v nich jistotu a orientaci. U pacienta se díky tomu rozvíjí schopnost koncentrace tím, že se soustřeďuje především na známé a opakované pravidelné struktury situací a interakcí. Opakované cvičení tak získává na smyslu, takto lze totiž stimulovat rehabilitaci a vlastní organizaci mozku. Vytvořená struktura musí být u těžkých postižení mozku užívána po několik týdnů, aby se příslušné nervové komplexy mohly znovu podněcovat a nově se organizovat. V praxi to znamená, že pacient bude podstupovat určité procedury v přesném sledu každý den ve stejnou dobu. Aby pacient získal možnost cítit své tělo, je nezbytné opakované cvičení. Personál musí poskytovat péči promyšlenou – před procedurou si promyslí jaké pomůcky a materiál pro ni potřebuje, aby následně nedošlo k rušení terapie.

### *2.6.2 Tělo a okolí pacienta*

Lidé postižení Alzheimerovou chorobou často vnímají své tělo i okolí zkresleně a nejasně. Koncept bazální stimulace se jim snaží dát zřetelnější vjemy a zkušenosti. To se vztahuje jak na vjemy z vlastního těla, tak na vjemy z okolního prostředí (oblečení, pokoj, lůžko...) a osob. Pro upozornění, že s pacientem hodláme manipulovat je vhodné užít iniciální dotek. Pro každou specifickou činnost musí být zvolen odlišný způsob doteku, který se posléze nesmí měnit ani nesmí být zaměnitelný s jiným. Ve výsledku se snažíme docílit, aby bylo pacientovi s omezeným vnímáním jasné, co s ním chceme udělat dříve, než s ním začneme manipulovat. Terapii provádíme způsobem, při němž ji může nemocný vnímat a cítit všemi možnými smysly a při němž mu bude umožněno pochopit, o co jde a čeho chceme docílit.

### *2.6.3 Smysluplnost*

Smysluplná péče je založena na zkušenostech pacienta, které získává opakovaným vnímáním svého těla a okolí. Díky tomu, že terapie má stále stejný a opakující se průběh, může pacient lépe vnímat a zpracovávat své nové zážitky a zkušenosti. Vstoupí-li do terapie nové úkony, nemusí je nemocný díky správnému přístupu s bazální stimulací vnímat jako stresující a zatěžující, ale naopak mohou probudit jeho zájem. Pacient si uvědomuje jejich význam, cíl i kontext. Samozřejmě, že doteky jsou doprovázeny verbální komunikací. Zde se snažíme používat co nejjednodušších a nejsrozumitelnějších výrazů. Pacient musí mít možnost porozumět smyslu mluveného slova a smyslu činnosti zároveň.

### *2.6.4 Individuální normalita*

Pro správné vedení pacienta je nezbytně nutné znát a mít na zřeteli jeho individualitu, vědět co považuje za normální. Tyto informace získáme od něho samého, od jeho blízkých, popřípadě z anamnézy. Úkony, které měl pacient roky zažité, musí být v bazální stimulaci prováděny a pacient k nim znovu veden v nezměněné podobě. Základ těchto činností je dán a roky trénován, a to jak psychicky, tak emočně a somaticky. Ve známých postupech nemocný nachází ztracené emoce, pocity, pohyby, mohou se mu vrátit vzpomínky na již prožité zážitky.



### *2.6.5 Navození vztahu mezi pacientem a terapeutem*

Díky individuálnímu, strukturovanému a smysluplnému přístupu můžeme dát pacientovi najevo, že s ním počítáme a že není pouze objektem naší práce, ale jejím důležitým subjektem. Bazálně stimulující terapie se vytváří v rámci schopností a možností pacienta a terapeuta. Pacient vnímá a prožívá. K tomu, aby byl schopen zažít a prožít nemusí nic vykonávat, je schopen zážitků a prožitků už jen tím, že reaguje na své okolí a jeho stimuly a dle svých možností je agituje. Bazálně stimulační péče respektuje reakci pacienta a odpovídá na ni. Nepřetěžuje schopnost pacientova soustředění. Kvantita i kvalita informací poskytnutých nemocnému musí korespondovat s jeho schopnostmi vnímání. Tempo intervencí se musí uzpůsobit potřebám každého nemocného. Po provedení iniciálního doteku je nezbytné vyčkat na zažití iniciálního doteku a potom teprve začít provádět příslušný výkon. Pouze tak může vzniknout oboustranná souhra, na jejíž jedné straně je nabídka ošetrovatelských úkonů a na straně druhé schopnosti pacienta.

### *2.6.6 Doprovodná a podpůrná péče*

Bazální stimulace je orientována vývojově. Podle toho, v jakém vývojovém stadiu se nemocný nachází a podle jeho životní situace přináší bazální stimulace pacientovi příležitost k dalšímu rozvoji dovedností a v terminálních stádiích mu umožňuje přípravu na smrt. Tato péče se neustále vyvíjí podle aktuálních potřeb a doprovází veškerou činnost související s pacientem. Terapeut i ošetřující personál systematicky a stále podněcují nemocného k cítění, ke společným úkonům a čekají na jeho reakce, často doprovázené vegetativní odpovědí. Bazální stimulace ponechává nemocnému autonomii, pouze mu nabízí jakýsi doprovod a respektuje jeho rozhodnutí. Sleduje cíle nemocného a ponechává mu čas, aby jich sám dosáhl.

Bazálně stimulující péče je strukturovaná, umožňuje vznik prožitků, je pro pacienta normální, smysluplná a interaktivní. Dává mu dostatečný prostor pro zpracování skutečnosti. Podporuje jeho osobnost a pomáhá mu rozvíjet jeho zbylé schopnosti a rozvíjet jeho individuální reakce.

(Friedlová, K. 2000, 2002)

## 2.7 Kreativní techniky

Myšlenka kreativních technik vychází z arteterapie. Arteterapie je expresivní nonverbální terapeutická metoda využívaná jak pro léčbu, tak i pro diagnostiku. U pacientů s Alzheimerovou demencí spíše modifikujeme jednotlivé výtvarné metody a postupy s přihlédnutím k problematice dementních osob. Program by neměl být příliš vzrušující a náročný, zároveň ale musí být stimulující. Je nezbytné, aby byl jednoduchý, ale nikoli dětinský. Kreativní techniky můžeme aplikovat jak ve skupině, tak i individuálně. Čím pokročilejší je stupeň demence, tím tvoříme menší skupiny. Účinky jsou podobné jako u kinezioterapie. Kreativní techniky mají velmi pozitivní vliv na pocit seberealizace nemocných a na jejich emoce. Aktivita poskytuje účel a následně pocit úspěchu.

Důležité je dodržovat následující pravidla, aby pacient neztrácel zájem a terapie mu přinášela uspokojení:

- Je nezbytné nemocného pozitivně motivovat.
  - Důraz klást spíše na proces tvorby než na výsledek.
  - Soustředit se více na dovednosti, které nemocný zvládá, než na jeho deficit.
  - Instrukce je nezbytné dávat krok za krokem, užívat strukturované úkoly.
  - Využívat zrakové zpětné vazby (nástroje v pořadí použití).
  - Pomoc pacientovi se začátkem práce.
  - Pokud jedna aktivita nejde, zkusíme jinou, jiný způsob provedení úkolu.
- Nikdy nelpíme na přesném postupu.
- Podporovat každý projevený zájem.

Příklady jednotlivých technik:

- Malování velkých ploch (např. květináče apod.)
- Otiskování (dlaně i tiskátka)
- Batikování, textilní koláž, výroba polštáře
- Vystřihování
- Pečení cukroví
- Šití
- Zahradnické práce

## 2.8 Pet-terapie

Jedná se o asistovanou psychoterapii prováděnou prostřednictvím zvířat. Komplexně působí na lidský organismus. Má velmi pozitivní vliv na psychiku lidí postižených demencí i na jejich fyziologické funkce. Působí na snížení napětí, deprese a úzkosti, stimuluje společenské chování a podporuje komunikaci. Navíc příznivě ovlivňuje krevní tlak a srdeční činnost. Manuální kontakt člověk zvíře navíc vede k propio- i exteroceptivní stimulaci, což příznivě ovlivňuje jemnou i hrubou motoriku, svalstvo ruky a prstů a dále zlepšuje reakční schopnosti.

Terapii s využitím zvířecího potenciálu lze provádět různými způsoby. V některých zařízeních jsou chována zvířata, jako například křečci, zakrslí králíci, andulky nebo želvy, o které se mohou pacienti starat, nosit jim krmení, pozorovat je. Starost o zvíře pro ně představuje činnost s jasným a konkrétním cílem. Lze chovat i kočky, které navíc navazují s nemocnými bližší kontakt, nemocný je může hladit a kočka jim zpětně projevuje svou náklonnost.

Široké uplatnění má v pet-terapii pes. Psi se jeví pro tyto účely vhodní z mnoha důvodů. Jsou ovladatelní, přizpůsobiví, hraví i apatičtí, podle toho s jakým klientem jsou zrovna v kontaktu. Samozřejmě, že pes může být chován v institucích stejně jako jiná zvířata, ale v současné době se preferuje canisterapie.

### 2.8.1 Canisterapie

Pro canisterapii se používají psi, kteří složí speciální zkoušky, ve kterých prokáží, že jsou schopni klidně reagovat i ve společnosti dementních, mentálně i tělesně handicapovaných lidí. Psi musí mít samozřejmě platný očkovací průkaz a je nezbytné, aby jim byli pravidelně aplikovány prostředky proti zevním i vnitřním cizopasníkům. Používají se různá plemena psů, při výběru se spíše zohledňuje povahu psa. Pro kontakt se staršími lidmi se doporučují spíše malí psi, kde je menší riziko pádu a i méně zdatní pacienti zvládnou kontakt se zvířetem bez problémů. Přestože účinky canisterapie nebyly nikdy podrobeny vědeckému zkoumání, je evidentní, že už pouhá přítomnost psa snižuje napětí a úzkost a má i příznivý vliv na kardiální činnost. Navíc možnost dotýkání se psa stimuluje jemnou motoriku. Psi se mohou také přikládat k tělu pacienta a vlivem doteku dochází k místnímu prohřívání a uvolnění. Pokud lidé nemají záporný vztah ke psům vlivem špatné zkušenosti, jedná se o velmi přínosný způsob aktivizace.

## **Závěr**

Ve své práci jsem se pokusila shrnout problematiku terapie Alzheimerovy choroby, která představuje velký problém dneška a pravděpodobně i budoucnosti. Mým cílem bylo zpracovat možnosti nefarmakologické terapie dementních osob. Zaměřila jsem se na postupy, které vedou k aktivizaci nemocných. V závěru bych ráda vyjádřila svůj postřeh o nedostatku kvalitní literatury a výzkumných prací z oblasti aktivizačních postupů a péče o osoby postižené demencí a Alzheimerovou chorobou. Většina lékařů i odborníků se bohužel soustřeďuje pouze na farmakologickou cestu léčby. Na druhou stranu je však po celém světě řada organizací, které se snaží tuto situaci zlepšit. V České republice například působí Česká alzheimerovská společnost, která se významně podílí na zlepšení podmínek lidí postižených Alzheimerovou chorobou.

Na tomto místě bych ráda ještě vyjádřila svůj názor k postavení lidí postižených Alzheimerovou nemocí ve společnosti. Bohužel zde panuje trend, kdy staří lidé nejsou příliš populární a společnost je odsunuje na okraj. A pokud navíc trpí demencí vysluhují si mnohdy navíc ještě opovržení. Ubývá rodin, které si ponechávají své „babičky a dědečky“ ve svých domovech a raději péči o ně přesunují na jiné instituce. V této souvislosti bych ráda vyzdvihla možnost denních stacionářů. Denní stacionáře poskytují zpravidla péči maximálně na 12 hodin denně, během této doby zajišťují a plní veškeré potřeby klienta (strava, hygiena, holič...) a zároveň klientovi vytvářejí program a zajišťují mu smysluplné využití volného času. Zde se klient účastní i fyzioterapie a ergoterapie. Tento způsob péče o dementní osoby umožňuje zachování potřeb ostatních členů rodiny, snižuje jejich psychickou a fyzickou zátěž, ale zároveň ponechává činné rodinné vazby s nemocným člověkem, který se z denního stacionáře vrací zpět do rodiny.

## **Souhrn**

První část práce podává základní informace o Alzheimerově chorobě, je zde popsán klinický obraz choroby a její stádia.

Druhý oddíl představuje přehled aktivizačních postupů, které je možné využívat v terapii Alzheimerovy demence. Konkrétně se zaměřuje na kinezioterapii, reminiscenční terapii, orientaci v realitě, kognitivní rehabilitaci a cvičení paměti, taneční terapii, bazální stimulaci, kreativní techniky a pet-terapii.

## **Summary**

The first part of my thesis presents the basic information about Alzheimer disease. Clinical picture and its development are also mentioned.

In the second part the methods of activization or therapeutic methods used in this disease are presented. The importance of such approaches as kinesiotherapy, reminiscence therapy, reality orientation, cognitive rehabilitation, dancing therapy, creative techniques and pet-therapy is highlighted.

## Seznam použité literatury

VELETA, P. a HOLMEROVÁ, I. *Úvod do taneční terapie*. Praha: Česká alzheimerovská společnost, 2002, s. 29-34.

HÁTLOVÁ, B. a SUCHÁ, J. *Kinezioterapie demencí*. Praha: Triton 2005.

HÖSCHL, C. a kolektiv. *Symposium Alzheimerova choroba*. Praha: Galén 1999.

HOLMEROVÁ, I. a kolektiv. *Nefarmakologické přístupy k pacientům postiženým demencí a podpora pečujících rodin*. Neurologie pro praxi, 2004, roč. 5, č. 1, s. 17 - 20.

HOLMEROVÁ, I. a SUCHÁ, J. *Reminiscenční terapie*. Praktický lékař 83, 2003, č. 5, s. 295 – 297.

FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace, pojetí konceptu*. Sborník Multioborové, interdisciplinární a mezinárodní kooperace v ošetrovatelství. Olomouc: 2002, s. 80 - 83. ISBN 80-247-0536-2

FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace*. Ošetrovatelství na prahu 3. tisíciletí, Sborník příspěvků II.konference ošetrovatelství s mezinárodní účastí. Galén 2000, s. 24-27.

FEJKUSOVÁ, H. *Canisterapie – výsledky po roční aplikaci v ústavních zařízeních*. Ošetrovatelství na prahu 3. tisíciletí, Sborník příspěvků II.konference ošetrovatelství s mezinárodní účastí. Galén 2000, s. 21- 23.

RHEINWALDOVÁ, E. *Novodobá péče o seniory*. Grada Publishing, 1999.

JIRÁK, R. a kol. *Demence*.Maxdorf, 1999, s. 8-9, 122-129.

WABERŽINEK, G. a KRAJÍČKOVÁ D. *Základy speciální neurologie*. Univerzita Karlova v Praze, Nakladatelství Karolinum, Praha 2006, s. 215.

PAVLŮ, D. *Speciální fyzioterapeutické koncepty a metody*. Akademické nakladatelství Cerm, Brno, 2003, s. 221-223.

## **Přílohy**

### **Příloha č. 1:**

**Hodnotící škály užívané u pacientů s demencí**

### **Příloha č. 2:**

**Informace o České alzheimerovské společnosti**

### **Příloha č. 3:**

**Práva pacientů trpících Alzheimerovou chorobou nebo jinými formami demence**

### **Příloha č. 4:**

**Příklady cviků, které je možné využít v kinezioterapii osob s Alzheimerovou chorobou**



## **Příloha č.1**

### **Hodnotící škály užívané u pacientů s demencí**

- MMSE (Mini-Mental State Exam)
- SPMSQ – Short Portable Mental Status Questionnaire (Pfeiffer, 1974)
- Dotazník zjišťující poruchy paměti – MAC-Q (T.H. Crook a spol, 1992)
- Clock test – test kreslení hodin
- Stupnice celkové deteriorace (GDS, Global Deterioration Scale)
- Ischemické skóre Hachinskeho a spol.
- Hodnocení funkčních změn (nezávislost v komunitě, sebeobsluha, soběstačnost)

Hodnotící škály ADL, IADL, Stupnice soběstačnosti pacienta s Alzheimerovou chorobou (PSMS – Physical Self-Maintenance Scale

- Dotazník zjišťující poruchy paměti (MAC-Q) pro osoby s benigní zapomnětlivostí stárnoucích

### ***Hodnotící škála ADL (Activities of Daily Living)***

Škála obsahuje šest jednoduchých aktivit, které jsou obvykle prováděny každodenně. Výsledné skóre zjistíte tak, že za každou aktivitu, kterou je pacient schopen vykonat sám a bez pomoci přičtete jeden bod, zatímco v opačném případě je to 0.

1. Koupání
2. Používání toalety
3. Uléhání a vstávání
4. Najedení
5. Oblékání
6. Kontrola vyprazdňování moči a stolice

Hodnocení testu:

6 bodů – plná soběstačnost

Čím nižší je skóre, tím menší je soběstačnost pacienta.

### ***Hodnotící škála IADL (Instrumental Activities of Daily Living)***

Tato škála obsahuje osm běžných aktivit, při nichž musíme užívat různých pomůcek, jako např. telefon. Výsledné skóre se zjistí tak, že se každá aktivita oboduje. Za aktivitu, kterou je pacient schopen vykonat sám bez pomoci se přičte 1 bod, v opačném případě je to 0.

1. Schopnost používat telefon
2. Schopnost nakupovat
3. Schopnost uvařit si jídlo
4. Schopnost postarat se o domácnost (uklidit)
5. Schopnost vyprat si prádlo
6. Schopnost samostatného cestování
7. Schopnost užívat léky podle doporučení lékaře
8. Schopnost obhospodařovat vlastní finance

Hodnocení testu:

8 bodů – plná soběstačnost

Čím nižší je skóre, tím nižší je soběstačnost

***Stupnice soběstačnosti pacienta s Alzheimerovou chorobou  
(PSMS – Physical Self-Maintenance Scale)***

Stupnice soběstačnosti (PSMS) je jednoduchým nástrojem bodového hodnocení schopnosti pacienta s Alzheimerovou chorobou vykonávat běžné aktivity každodenního života. Vyplnění dotazníku zabere jen několik málo minut a jeho pravidelné opakování dovolí kontinuálně hodnotit progresi onemocnění.

Jednotlivými činnostmi hodnocenými v rámci PSMS jsou:

1. Osobní hygiena
2. Schopnost jídla
3. Oblékání
4. Péče o zevnějšek
5. Mobilita (pohyblivost)
6. Používání koupelny

Na všechny otázky odpovídejte co nejpřesněji, pomocí bodových hodnot od 1 do 5:

1. Pacient může příslušnou aktivitu vykonávat zcela sám a bez jakékoli pomoci
2. Pacient může příslušnou aktivitu vykonávat zcela sám za cenu toho, že mu je jí třeba občas připomínat, při jejím provádění napovídat a občas mu i pomoci
3. Pacient potřebuje při provádění příslušné aktivity pomoc středního rozsahu
4. Pacient potřebuje při provádění příslušné aktivity pomoc a podporu značného rozsahu
5. Pacient je při provádění příslušné aktivity stoprocentně závislý na pomoci zvenčí

Celkové skóre získáme součtem bodových hodnot přiřazených k jednotlivým aktivitám. Skóre 6 znamená, že pacient může všechny běžné aktivity každodenního života vykonávat bez pomoci. Naopak při celkovém skóre 30 je pacient zcela závislý na pomoci zvenčí a vyžaduje tedy celodenní péči. V průběhu onemocnění se samozřejmě hodnota skóre mění, ojediněle klesá, ale většinou se pochopitelně zvyšuje

***Stupnice celkové deteriorace***  
***(GDS, Global Deterioration Scale)***

1. Bez postižení kognitivních funkcí

Žádné stížnosti na paměť. V průběhu pohovoru paměťové poruchy zřejmé nejsou.

2. Počínající postižení kognitivních funkcí

Pacient u sebe pozoruje poruchy paměti zejména v následujících směrech:

- a) zapomíná, kam odložil běžně užívané předměty,
- b) zapomíná jména lidí, které znal.

V průběhu pohovoru nejsou poruchy paměti zřejmé. V osobním ani profesionálním životě nejsou nápadné změny.

3. Lehké postižení kognitivních funkcí

Objeví se zřejmé funkční poruchy, a to ve více než jedné z následujících domén:

- a) jakmile se nemocný objevuje na do té doby neznámém místě, je zmatený,
- b) spolupracovníci si všimají poklesu výkonu,
- c) blízcí nemocného si všimají poruch paměti pro jména a obtíží při hledání slov,
- d) z předneseného textu nebo knihy je pacient schopen retinovat poměrně málo podrobností,
- e) pacient si špatně pamatuje jména lidí, s nimiž se poprvé setkal,
- f) nemocný ztrácí cenné předměty, často zapomíná kam je uložil,
- g) v průběhu klinického testování je patrná porucha soustředění. Jasně doklady poruchy paměti se objeví zejména při cíleném vyšetření. Úroveň výkonu v náročných povolání a složitějších sociálních povinnostech klesá. Nemocný někdy dokáže své poruchy paměti zapírat. Často se objevuje lehká, ale zřejmá úzkost.

4. Středně těžké postižení kognitivních funkcí

Při pozorném vyšetřování jsou zřejmé jasné poruchy v následujících doménách:

- a) zužuje se povědomí o současném a minulém dění,
- b) v anamnestickém vyprávění se objevují paměťové poruchy,

- c) poruchy soustředění při počítání z hlavy (např. při postupném odčítání),
- d) poruchy v každodenní péči o sebe sama, např. při zacházení s penězi.

Dále se začínají objevovat poruchy v následujících oblastech:

- a) orientace v čase a orientace v prostoru,
- b) znovupoznávání známých lidí a osob,
- c) dezorientace ve známém prostředí.

Projevuje se neschopnost výkonu složitějších činností. Převažující obranný mechanismus je zapírání deficitů. Oplošťuje se afekt a pacienti opouštějí náročné závazky.

#### 5. Pokročilé postižení kognitivních funkcí

Bez jisté formy pomoci není pacient schopen samostatného života. V průběhu vyšetření si důležitější praktické životní skutečnosti, s nimiž přicházel často do styku, nevybavuje, např. vlastní adresu nebo telefonní číslo, jména rodinných příslušníků (např. vnoučat), názvy škol, které navštěvoval. Často bývá zjištěna dezorientace v čase (datum, den v týdnu, roční doba atd.) nebo v místě. Nemocný s vyšším stupněm vzdělání začne mít obtíže s odečítáním, v jehož průběhu je zapotřebí většího počtu kroků. Pacienti si však pamatují důležité události ze svého života, i ze života svých blízkých. Pamatují si vlastní jméno, jméno svého životního partnera a dětí. Pro využití toalety ani při jídle nepotřebují pomoc, s výběrem vhodného šatstva však mohou mít obtíže.

#### 6. Těžké postižení kognitivních funkcí

Nemocný si přestává vybavovat jméno svého partnera, přestože jsou na něho zcela odkázáni. O aktuálních událostech a důležitých okamžicích svého života si již téměř nevzpomínají. Ve vzpomínkách na proběhlý život jsou mezery. Nemocný ztrácí povědomí o okolí, roku, roční době apod. Přičítání a odečítání od deseti dělá potíže. Každodenní aktivity vyžadují pomoc. Nemocní mohou být inkontinentní. Při pohybu potřebují pomoc. Přesto se někdy dokáží vypravit na místa která znali. Může být narušen rytmus spánku a bdění. Nemocní si pamatují vlastní jméno. Lidi, které znali, stále ještě rozlišují od lidí cizích. Objevují se změny nálady a osobnosti, např:

- a) bludy,
- b) nutkavé jevy,

- c) úzkost, neklid, útočné chování vůči neznámým jevům,
- d) abulie

#### 7. Velmi těžké postižení kognitivních funkcí

Postupně nemocný ztrácí všechny řečové funkce, pacient později vydává jen zvuky. Pacient bývá inkontinentní. Hygiena a jídlo jsou možné jen s dopomocí. Postupně vyhasíná i schopnost chůze.

(Podle Riesberg, BS., Ferrit, HM., de Leon, J., Crook, T. The global deterioration scale for assesment primary degenerative dementi. Am. J. Psych., 139, 1982, p. 1136-1139)

### ***MMSE (Mini-Mental State Examination)***

Test je vhodný pro screening, stanovení diagnózy, sledování progresu a indikace k léčbě i ústavní péči. Tento test užívají psychiatři k ověření přítomnosti Alzheimerovy demence a její závažnosti.

Je zaměřen pouze na kognitivní funkce, nikoli na poruchy nálady nebo myšlení.

Skládá se z 11 otázek a doba jeho provedení nepřesahuje 20 minut.

Hranice (cut off)=24 bodů. Senzitivita=87%, specifita (pro demenci/delirium)=82%

Před zahájením testu je nezbytné s pacientem navázat kontakt, vytvořit povzbudivou atmosféru a netrvat na úkolech, které jsou pro nemocného příliš obtížné. Škála je rozdělena do dvou částí. První vyžaduje pouze ústní odpovědi, testuje orientaci, paměť a pozornost, a její maximální skóre je 21 bodů. Druhá část se zaměřuje na schopnost pojmenovat a opakovat, sledovat verbální a písemné pokyny, spontánně napsat větu a podle předlohy nakreslit goniometrické obrazce. Ve druhé části může testovaný dosáhnout maximálně 9 bodů.

Celkové maximální skóre je 30 bodů, přičemž pro diagnózu demence je hraniční 25; méně než 25 již svědčí pro poruchu kognitivních funkcí.

#### **1. ČÁST**

##### **A. ORIENTACE (nemocný by měl mít na každou odpověď 10 sekund)**

1. Co je dnes za den?
2. Který měsíc teď máme?
3. Kolikátého dnes je?
4. Které roční období je teď?
5. Který rok teď máme?
6. V kterém městě jsme?
7. V kterém jsme okrese (kraj)?
8. V které jsme zemi?
9. Jak se jmenuje tato nemocnice (ústav, zdravotnické zařízení)?
10. V kolikátém jsme poschodí?

##### **B. ROZSAH POZORNOSTI, ZAPAMATOVÁNÍ**

- „Teď vám vyjmenuji tři předměty – až je vyjmenuji všechny, budu chtít, abyste je zopakoval. Zapamatujte si je dobře, protože se vás na ně ještě jednou zeptám za několik minut.“

Slova se vyslovují s jednosekundovou pauzou mezi nimi:

11. lopata

12. šátek

13. váza

- „Nyní mi prosím řečená slova zopakujte.“

(Nemocnému je nutné nechat na odpověď 20 sekund. Skóre se přiděluje za každou správnou odpověď bez ohledu na pořadí. Pokud pacient nezopakuje všechny tři výrazy, opakujte alespoň pětkrát, anebo než se to pacient naučí. Jinak by totiž nebylo možno vyšetřovat odstavec VÝBAVNOST)

### C. POZORNOST A POČÍTÁNÍ

- „Odečítejte od 100 po 7 a skončete po pěti odpočtech.“

(Pokud se pacient jednou zmýlí a další výsledky jsou proto posunuty, počítá se to jako jedna chyba.)

14. 93

15. 86

16. 79

17. 72

18. 65

V případě, že pacient nemůže nebo nechce počítat, lze jej místo toho požádat: „Hláskujte pozpátku slovo POKRM.“ (Opakujte nejvýš třikrát, než nemocný rozumí. Skóre udává počet písmen ve správném pořadí – např. MRKOP = 5, PKORM = 3.)

### D. PAMĚŤ, VÝBAVNOST

- „Můžete teď znovu zopakovat slova, která jsem vám před chvílí řekla?“

(Na odpověď ponechte 10 sekund. Za každou správnou odpověď přísluší 1 bod.)

19. Lopata

20. Šátek



## 21. VÁZA

### 2. ČÁST

#### E. POJMENOVÁNÍ

22. Jak se to jmenuje? (ukážte náramkové hodinky)

23. Co to je? ( ukažte na tužku)

#### F. OPAKOVÁNÍ

24. Opakujte po mně větu: „Žádná kdyby anebo ale.“

( Na odpověď nechte 10 sekund; skóre 1 patří jen za celou odpověď celou větou a jen za úspěch na první pokus.)

#### G. TRÍSTUPŇOVÝ PŘÍKAZ

Vložte pacientovi do ruky kus čistého papíru a dejte mu následující příkaz:

- „Vezměte teď do pravé ruky kus čistého papíru, přeložte ho a položte ho na podlahu.“

(Ponechte na provedení 30 vteřin. Za každý provedený stupeň přísluší jeden bod.)

25. Stupeň 1 – uchopení do prané ruky

26. Stupeň 2 – přeložení na polovinu

27. Stupeň 3 – položení na podlahu

#### H. ČTENÍ A VYHOVĚNÍ PŘÍKAZU

28. Ukažte nemocnému kartu s nápisem: Zavřete oči. Současně ho požádejte:

- „Přečtěte, co je na papíru a udělejte, co se od vás žádá.“

(Na provedení příkazu nechte 10 vteřin. Pokyn je možno opakovat nejvýše třikrát. Bod lze přidělit pouze tehdy, zavře-li nemocný skutečně oči.)

#### I. PSANÍ

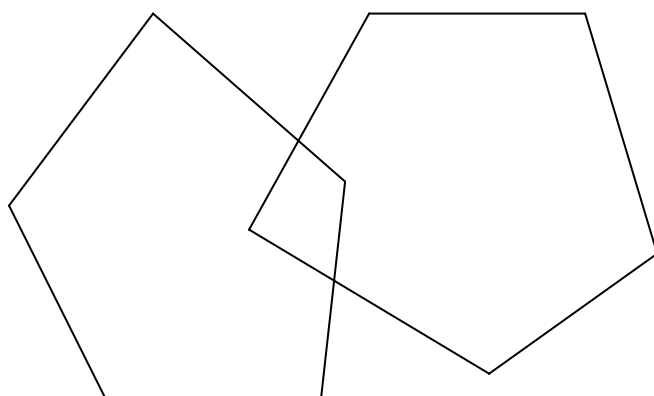
29. Dejte nemocnému tužku a papír a požádejte ho:

- „Napište jakoukoli větu.“

(Na splnění příkazu se ponechá třicet sekund. Věta musí mít podstatné jméno a sloveso a musí dávat smysl; pravopisné chyby však nevadí.)

## J. OBKRESLOVÁNÍ

30. Dejte nemocnému papír, tužku a mazací gumu. Požádejte ho, aby obkreslil obraz, který mu ukážete (viz níže). Ponechte mu jednu minutu, aby mohl udělat několik pokusů. Bod přísluší pouze tehdy, jsou-li zachovány všechny strany a úhly a tvoří-li průnik obou obrazců čtyřúhelník. Roztřesenost ani rotace nevadí.



Hodnocení:

Za každý správně provedený úkol (podúkol) se přiděluje jeden bod.

Celkově dosažitelný počet bodů činí 30.

27-30 = normální stav

25-26 = možnost demence

10-24 = mírná až středně těžká demence

6-9 = středně těžká až těžká demence

Méně než 6 bodů = těžká demence

### ***Test kreslení hodin podle Schulmana a spol.***

(Schulman K., Gold D., Cohen C., Tuchharo C., Clock Drawing and dementia in the Community: a Longitudinal Study. Int. J. Geriatr. Psychiatr., 1993, 8, No.6, p. 487-495.)

#### **Instrukce:**

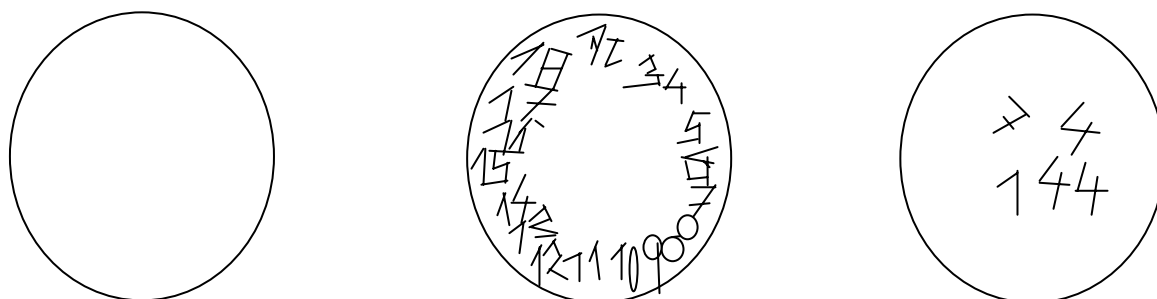
Dáte pacientovi předkreslený kruh s instrukcí, aby napsal čísla jako na hodinách a uspořádal ručičky tak, aby ukazovaly čas 11 hodin a 10 minut.

#### **Skórování:**

- 1 bod (nejlepší hodnocení) perfektní hodiny i se správně vyznačeným časem
- 2 body (lehce nepřesný) mírné zrakově-prostorové chyby
- 3 body chyby v označení požadovaného času
- 4 body mírně až středně vyjádřené poruchy (dezorganizace)
- 5 bodů vážné poruchy (dezorganizace)
- 6 bodů žádná spojitost s hodinami

(4,5,6 – neudávají požadovaný čas)

Patologie: horší než dva body (cut off 2/3)



(Stahelin, H., et al. Early Diagnosis of Dementia via a Two-Step. Screening and Diagnostic Procedure. Intern. Psychogeriatrics, 1997, 9, p.123-130)

***SPMSQ – Short Portable Mental Status Questionnaire***  
***(Pfeiffer, 1974)***

Jméno.....

Datum narození.....Věk.....

Vzdělání.....

Datum vyšetření.....

1. Jaký je dnes      den      měsíc      rok?

2. Který je den v týdnu?

3. Jaká je vaše domácí adresa?

4. Jak se jmenuje zařízení, v kterém jste právě vyšetřován(a)?

5. Kdy jste se narodil(a)?

6. Jak jste starý (stará)?

7. Kdo je naším prezidentem?

8. Kdo byl prezidentem před ním?

9. Jak se jmenovala vaše matka za svobodna?

10. Odečítejte po 3 od 20 (až do 20)

**Vyhodnocení**

Má-li pacient pouze základní vzdělání, toleruje se 1 chyba (součet +1 bod)

Má-li pacient vyšší než středoškolské vzdělání, přičte se navíc jedna chyba (součet -1)

**Skóre**

Intaktní intelekt              0-2 chyby

Mírně narušený intelekt    3-4 chyby

Středně defektní intelekt   5-7 chyb

Těžce defektní intelekt    8-10 chyb

Možnost kombinovat s neurologickým testem FACE-HAND (10 podnětů)

(JAGS, 1975, 18, p. 133-141)

### ***Face-hand test (instrukce a provádění)***

Pacienta posadíme proti sobě a požádáme ho, aby si položil obě ruce na kolena (hřbetem ruky nahoru) a zavřel oči.

Dotkneme se současně lehce svými prsty (přejedeme pomyslnou čáru cca 5 cm) obou tváří, a pak i obou hřbetů rukou.

Dokáže-li pacient správně identifikovat místa doteků (nejlépe tím, že ukáže správná místa), pokračujeme dále v testování.

Selže-li pacient již při tomto úvodním vyšetření, není test proveditelný (selhání je pouze u osob s poruchami vědomí nebo u velmi těžkých demencí).

V další fázi se současně dotýkáme jak tváře, tak i hřbetu rukou, a to celkem osmkrát – střídáme homolaterální i zkřížené strany.

Kognitivně a neurologicky intaktní osoba provede správně všech deset analýz (tj. obě kontrolní a osm testovacích).

Dementní osoba selhává v počtu osmi simultánních analýz a nedokáže diskriminovat jedno ze dvou míst dvojdotyků, častěji na ruce než na tváři.

Počet chyb koreluje se stupněm demence; 1-2 chyby – tolerance normy.

***Dotazník zjišťující poruchy paměti (MAC-Q) pro osoby s benigní  
zapomnětlivostí stárnoucích***

Crook, TH., et al. Int. Psychiatrics, 14, 1992, s. 165-167.

Jak hodnotíte – v porovnání s dobou, kdy jste byl(a) na střední nebo vysoké škole – své schopnosti v následujících položkách vyžadujících paměť?

1. Zapamatovat si jméno osoby, která vám byla představena
2. Zapamatovat si telefonní číslo, které užíváte denně nebo týdně
3. Zapamatovat si významnější události z novin či časopisu, když jste dokončil(a) čtení textu
4. Pamatujete si věci, které máte koupit, když jdete do obchodu s potravinami?
5. Vzpomenete si na místo, kam jste položil(a) důležitý předmět, jako jsou klíče, brýle, peněženka, doklady?

Hodnocení jednotlivých položek 1-5 v rozmezí 1-5 bodů:

Podstatně lépe než dříve	1 bod
Trochu lépe než dříve	2 body
Stejně jako dříve	3 body
Trochu hůře než dříve	4 body
Podstatně hůře než dříve	5 bodů

6. Jak celkově hodnotíte svou paměť v současné době ve srovnání s dobou dřívější?

Hodnocení položky 6 v rozmezí 2-10 bodů

Podstatně lépe	2 body
Trochu lépe	4 body
Stejně	6 bodů
Trochu hůře	8 bodů
Podstatně hůře	10 bodů

Celkové skóre v rozmezí 7-35 bodů.

Medián pro osoby s benigní zapomnětlivostí stárnoucích je 29,2 (25-35) bodů,  
dělicí hranice (cut off) = 25 bodů

## **Příloha č. 2**

### **Česká alzheimerovská společnost**

Cílem České alzheimerovské společnosti (ČALS) je podporovat pacienty postižené syndromem demence a jejich rodiny.

Česká alzheimerovská společnost vznikala v průběhu roku 1996 a zaregistrována byla jako občanské sdružení v únoru 1997. Vznikla na základě setkávání a spolupráce profesionálů v oboru gerontologie (lékařů, sester, sociálních pracovníků, studentů sociální práce a dalších), kteří se zabývali problematikou občanů postižených demencí. Postupně se členy ČALS stávali ti, jichž se problematika demencí zejména týká – rodinní příslušníci a pečovatelé. V současné době je Česká alzheimerovská společnost již respektovaným členem významných mezinárodních organizací – Alzheimer Europe a Alzheimer Disease International.

**Stručné informace o aktivitách  
České alzheimerovské společnosti, které jsou zaměřeny  
zejména na podporu a pomoc rodinným pečujícím**

**Informační materiály** – jedná se jednak o praktické příručky s informacemi pro rodinné pečující a dále zejména o „dopisy“, na nichž jsou uvedeny základní informace o určitém problému, který se nemocného týká.

**Informační zázemí** – Česká alzheimerovská společnost si vytvořila vlastní databázi služeb pro pacienty postižené demencí a postupně ji uvádí také na webové stránce [www.gerontologie.cz](http://www.gerontologie.cz).

**Informace na internetu** – webová stránka ČALS je umístěna na internetové adrese: [www.alzheimer.cz](http://www.alzheimer.cz).

**Konzultace** – poskytují naši spolupracovníci – lékaři, psychologové a sociální pracovníci. Důležitá je zpravidla úvodní konzultace, při které potřebuje rodinný příslušník sdělit své problémy a získat základní informace jak osobně tak i v tištěné podobě. Na tento vstupní rozhovor zpravidla navazuje účast ve svépomocných skupinách.

**Svépomocné skupiny** – „Čaje o páté“. Zúčastňují se jich rodinní příslušníci pacientů postižených demencí a za šetrné koordinace naším spolupracovníkem si vyměňují své zkušenosti.

**Respitní péče** umožňuje, aby naši spolupracovníci převzali na několik hodin týdně péči o pacienta postiženého demencí. Zůstanou s ním doma nebo jdou na procházku a podobně. Nejedná se ani o pečovatelskou službu ani o domácí zdravotní péči, jde o jakési pohlídání pacienta s demencí, převzetí péče o něj na několik hodin, aby si mohl rodinný příslušník odpočinout.

**Projekt „Bezpečný návrat“** pacientům poskytujeme plastové náramky s kódem, na nichž je napsáno „Prosím pomozte a volejte číslo 283880346“. Nejedná se o vyhledávání ztracených pacientů, ale o pomoc při vyhledání rodinného příslušníka v případě, že pacient zabloudil a není schopen se vrátit bez pomoci domů. Po přijetí telefonického hovoru o pacientovi můžeme v databázi vyhledat rodinného příslušníka a informovat jej, kde se jeho blízký nachází.

**Korespondenční poradenství** – mnoho rodin a pečovatelů se na nás obrací s žádostí o písemnou radu a svěřuje se nám se svými problémy.

**Edukační akce** – Česká alzheimerovská společnost organizuje semináře a školení pro své spolupracovníky, profesionály i pro širší veřejnost.

**Pobočky České alzheimerovské společnosti** – kontaktní a informační centra v dalších 28 místech ve všech regionech České republiky.

**Kvalita péče o pacienty postižené demencí** – je posledním projektem České alzheimerovské společnosti. V současné době vytváříme doporučení pro oddělení poskytující služby pacientům postiženým demencí a podklady hodnocení jejich kvality.



# Dopis České alzheimerovské společnosti

Gerontologické centrum, Šimůnkova 1600  
182 00 Praha 8-Kobylisy, tel. +420 2 86 88 36 76  
+ 420 2 83 88 03 46, fax +420 2 86 88 27 88  
e-mail: Petr.Veleta@gerontocentrum.cz  
Iva.Holmerova@gerontocentrum.cz



www.gerontocentrum.cz

## Jedná se o Alzheimerovu chorobu?

(deset příznaků, které by vás měly varovat – dle podkladů alzheimerovských společností, členů Alzheimer's Disease International)

### 1. Ztráta paměti, která ovlivňuje schopnost plnit běžné pracovní úkoly

Zapomínat občas pracovní úkoly, jména kolegů nebo telefonní čísla spolupracovníků a vzpomenout si na ně později je normální. Lidé trpící Alzheimerovou chorobou a jinými onemocněními vedoucími k demenci však zapomínají častěji a nevzpomenou si ani později.

### 2. Problémy s vykonáváním běžných činností

Hodně vytížení lidé jsou občas roztržití, takže někdy nechají dušenou mrkev stát v kastrolu na sporáku a vzpomenou si na ni, až když už je po jídle. Lidé trpící Alzheimerovou chorobou například připraví jídlo a nejenže ho zapomnou dát na stůl, ale zapomnou i na to, že ho vůbec udělali.

### 3. Problémy s řečí

Každý má někdy problém najít správné slovo, ale člověk s Alzheimerovou chorobou zapomíná i jednoduchá slova nebo je nahrazuje

nesprávnými a jeho věty pak nedávají smysl.

### 4. Časová a místní dezorientace

Každý někdy zapomene, jaký je den a kam vlastně jede. To je normální. Ale lidé s Alzheimerovou nemocí se ztratí ve vlastní ulici a nevědí, kde jsou, jak se tam dostali, ani jak se dostanou domů.

### 5. Špatný nebo zhoršující se racionální úsudek

Lidé se někdy tak zaberou do nějaké činnosti, že na chvíli zapomnou na dítě, které mají na starosti. Lidé s Alzheimerovou nemocí úplně zapomnou, že nějaké dítě existuje. Mohou se i nesmyslně obléknout, například si vezmou na sebe několik košil nebo halenek najednou.

### 6. Problémy s abstraktním myšlením

Lidé s Alzheimerovou chorobou si často neumějí zorganizovat několik činností najednou, později již ani relativně jednoduché úkony.

Potíže jim mohou dělat zejména relativně nové postupy – zacházení s kreditní kartou, nové přístroje v domácnosti.

### 7. Zakládání věcí na nesprávné místo

Každý někdy někde založí peněženku nebo klíče. Člověk s Alzheimerovou nemocí dává věci na zcela nesmyslná místa: žehličku do ledničky nebo hodinky do cukřenky.

### 8. Změny v náladě nebo chování

Každý má někdy špatnou náladu. Člověk s Alzheimerovou nemocí podléhá prudkým změnám nálady. Náhle a nečekaně propukne v pláč nebo podlehne návalu hněvu, i když k tomu nemá žádný zjevný důvod nebo i když je důvod zdánlivě nicotný.

### 9. Změny osobnosti

Lidské povahy se běžně do určité míry mění s věkem. Ale člověk s Alzheimerovou nemocí se může změnit zásadním způsobem. Stává se někdy velmi zmateným, podezíravým, ustrašeným nebo naopak apatickým.

### 10. Ztráta iniciativy

Když je člověk někdy znechucen domácími pracemi, zaměstnáním nebo společenskými povinnostmi, je to normální. Většinou se chuť do práce opět brzy dostaví. Člověk s Alzheimerovou nemocí může propadnout naprosté pasivitě a potřebuje neustálé podněty, aby se do něčeho zapojil.





Vzdělávací a asistenční program pro pacienty,  
jejich rodinné příslušníky a pečovatele

## „Alzheimerova choroba krok za krokem“

- ➔ poskytuje pacientům, jejich rodinným příslušníkům a pečovatelům objektivní a vyvážené informace o nemoci
- ➔ je určen pro pacienty, kteří jsou v péči odborného lékaře neurologa, psychiatra nebo geriatra
- ➔ pacient může být zařazen do projektu pouze se souhlasem odborného lékaře neurologa, psychiatra nebo geriatra
- ➔ poskytuje praktické rady pro pečující
- ➔ pomáhá zlepšit spolupráci pacienta, pečovatele a lékaře
- ➔ informuje o činnosti České alzheimerovské společnosti
- ➔ součástí projektu je asistenční program „Bezpečný návrat“

### Asistenční program „Bezpečný návrat“

Dává jistotu bezpečného návratu zbloudilého pacienta rodině, případně pečovateli



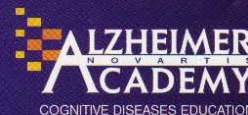
Informační systém sdílející data o pacientech zapojených do programu administruje společnost Medi Media Information s.r.o. a Česká alzheimerovská společnost, ochrana osobních dat zajištěna.

Objektivita a správnost informací je garantována odbornou radou z oborů geriatry, neurologie a psychiatrie.

Projekt je realizován s podporou společnosti Novartis.

Bližší informace na [www.alzheimerovanemoc.cz](http://www.alzheimerovanemoc.cz) nebo u Vašeho ošetřujícího odborného lékaře.

Projekt je realizován a pod záštitou



MediMedia Information spol. s r. o., Bělohorská 71, 169 00 Praha 6, Česká republika, tel/fax: 233 358 124, [www.medimedia.cz](http://www.medimedia.cz)

### **Příloha č. 3**

#### **Práva pacientů trpících Alzheimerovou chorobou nebo jinými formami demence**

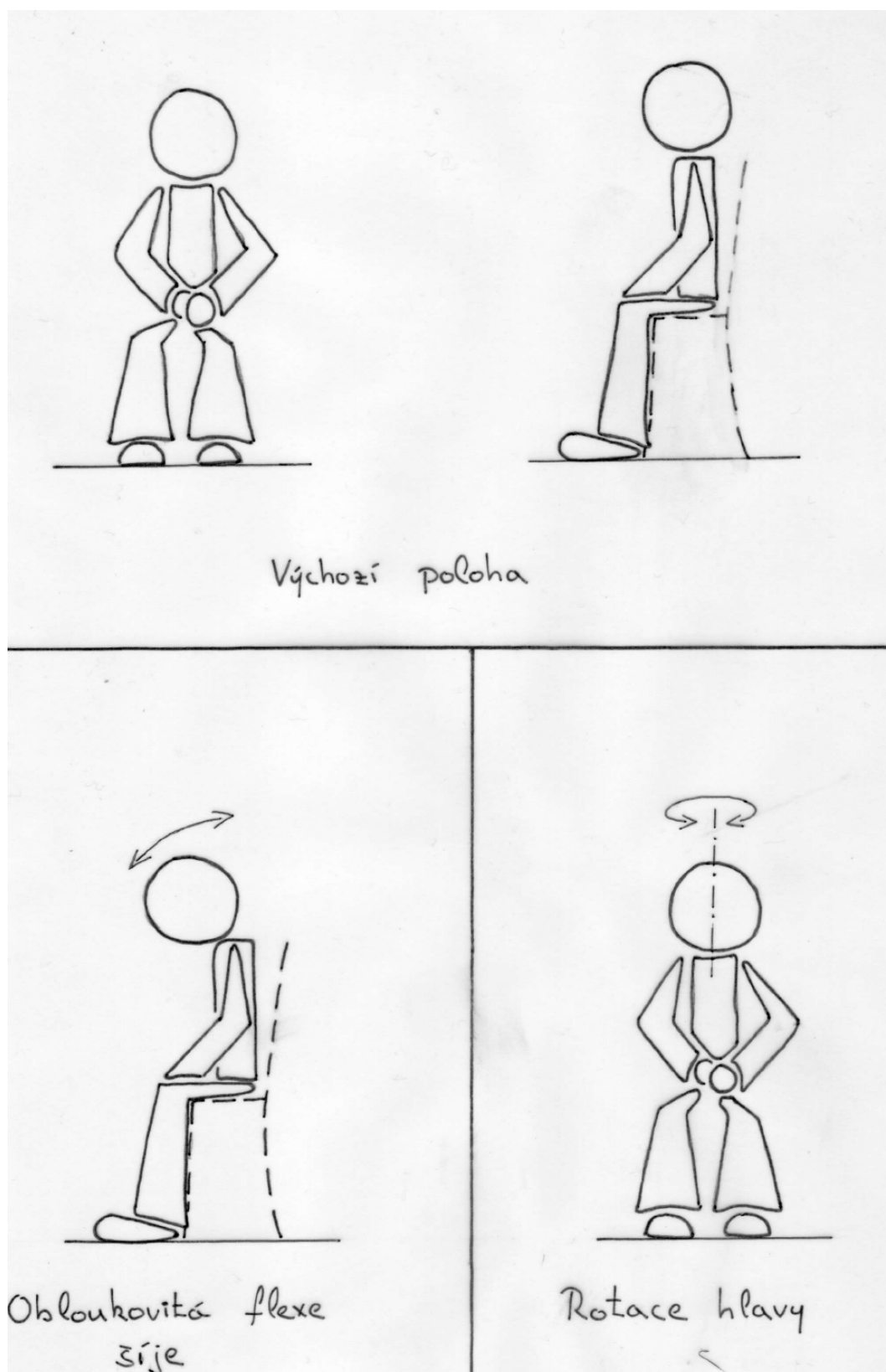
1. Být informován o své chorobě.
2. Mít vhodnou a soustavnou lékařskou péči.
3. Být užitečný při práci a zábavě tak dlouho, jak jen to je možné.
4. Být vnímán při jakémkoli zacházení jako dospělý člověk, ne jako dítě.
5. Při vyjádření svých citů být brán vážně.
6. Je-li to možné, nebýt léčen psychotropními látkami.
7. Žít v bezpečném, srozumitelném a předvídatelném prostředí.
8. Mít potěšení z každodenních činností, které dávají životu smysl.
9. Mít možnost chodit pravidelně ven.
10. Pociťovat tělesný kontakt včetně objetí, pohlazení a podržení ruky.
11. Být s lidmi, kteří znají život nemocného, včetně jeho kulturních a náboženských zvyklostí.
12. Být ošetřován pracovníky, kteří jsou vyškoleni pro péči o osoby s demencí.

Lidé s Alzheimerovou chorobou a jinými formami demence potřebují:

- správnou a včasnou diagnózu,
- dostatek informací a porozumění,
- zdravotní a sociální služby.

Mají právo na to, aby se podíleli na rozhodnutích o svém vlastním životě, na právní ochranu a na co nejlepší v jejich zemi dostupné zdravotní i sociální služby.

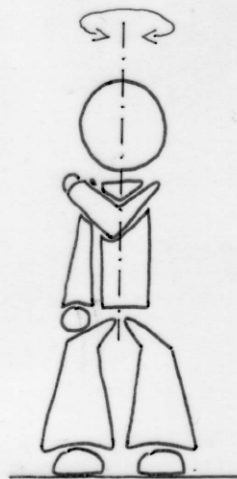
Příloha č. 4



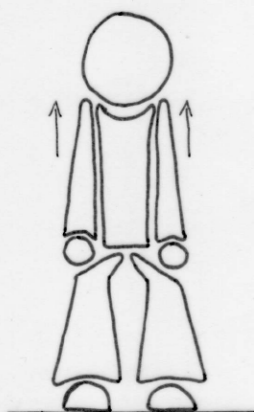




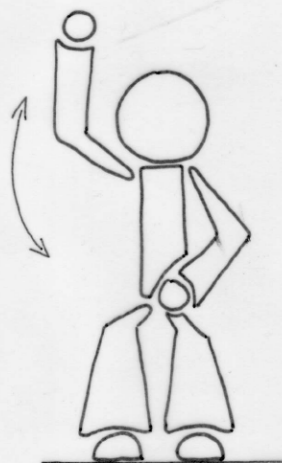
Lateroflexe trupu



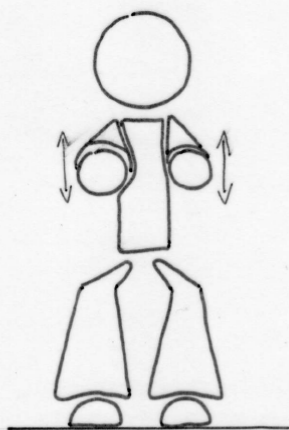
Rotace horní části trupu



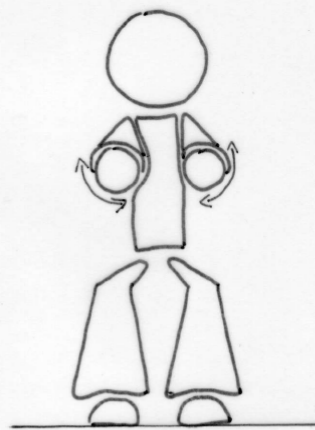
Elevace ramen



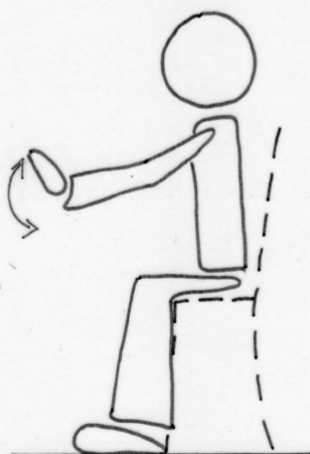
Flexe v ramenním pletenci



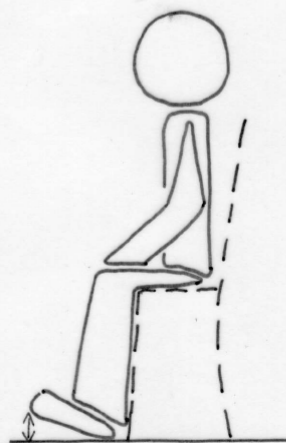
Flexe v ramenním  
kloubu



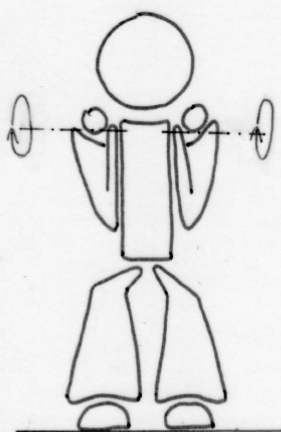
Pronace - supinace



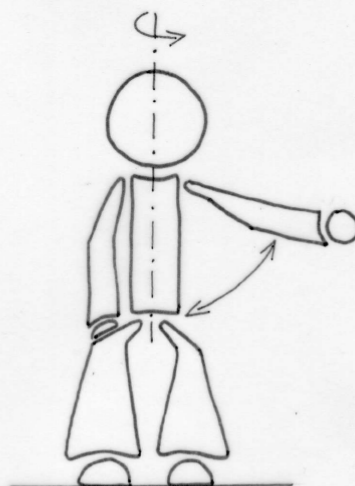
Dorzální a palmární  
flexe



Dorzální flexe  
v kotníku



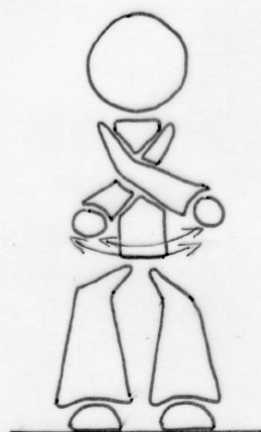
Kroužení v ramenním  
pletenci



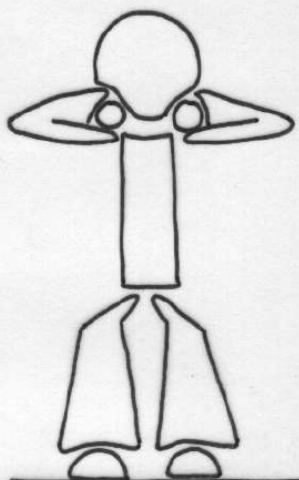
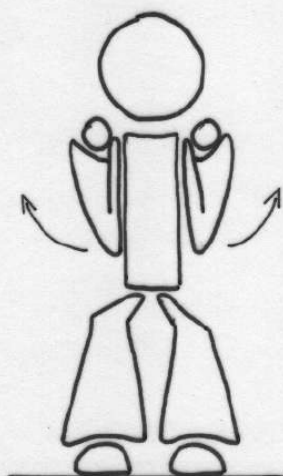
Abdukce v ramenním  
kloubu a rotace trupu



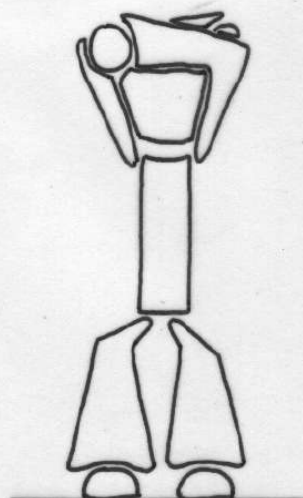
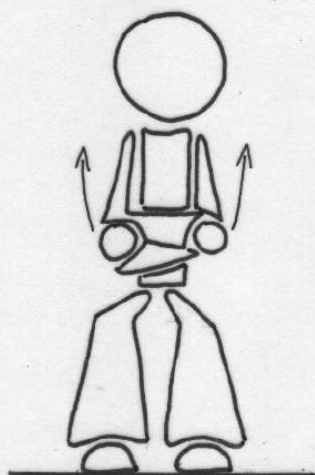
Flexe v loketních  
kloubech



Horizontální addukce

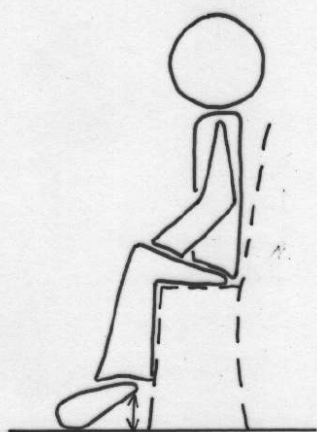


Abdukce v ramenním  
kloubu

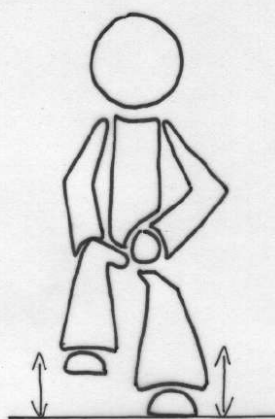


Flexe v ramenním  
pletenci

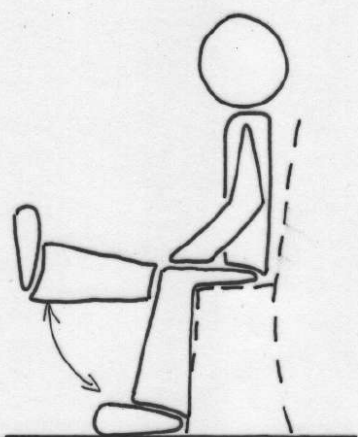




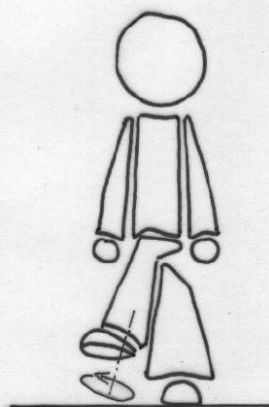
Plantární flexe



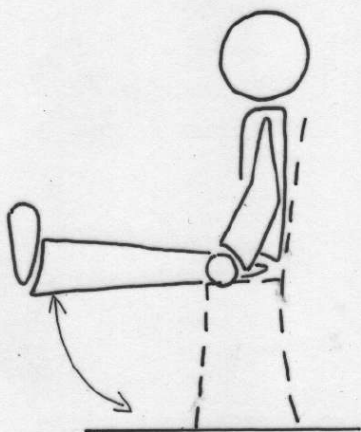
"Chůze na místě"



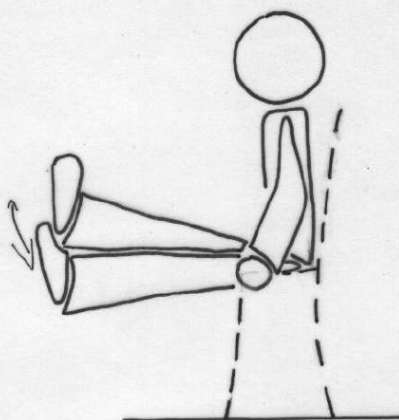
Izolovaná extenze  
v kolenním kloubu



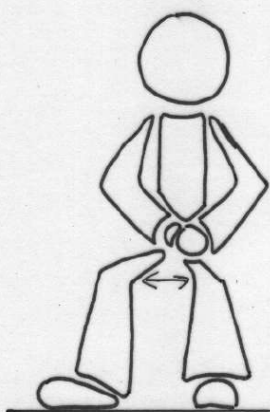
Addukce přes střední  
čáru



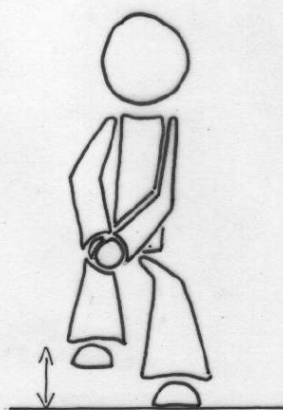
Bilaterální extenze  
v kolenním kloubu



Hmítání s extendovaným  
koleno



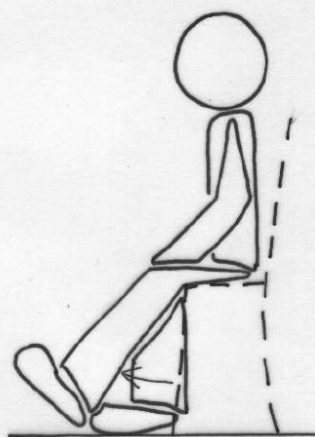
Abdukce a addukce  
v kyčli



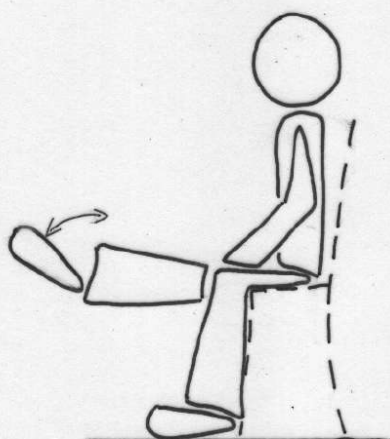
Maximální flexe  
v kyčelním kloubu



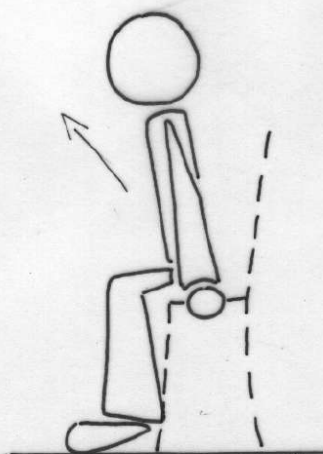
Flexe v kolenním  
kloubu



Extenze v kolenním  
kloubu s opřením  
o patu

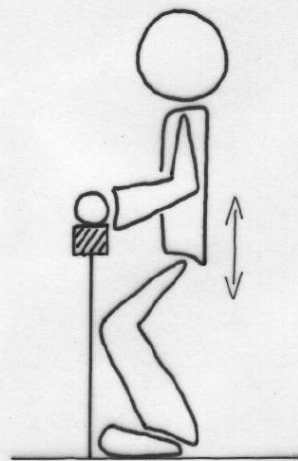


Extenze v kolenním  
kloubu s plantární a  
dorzální flexí

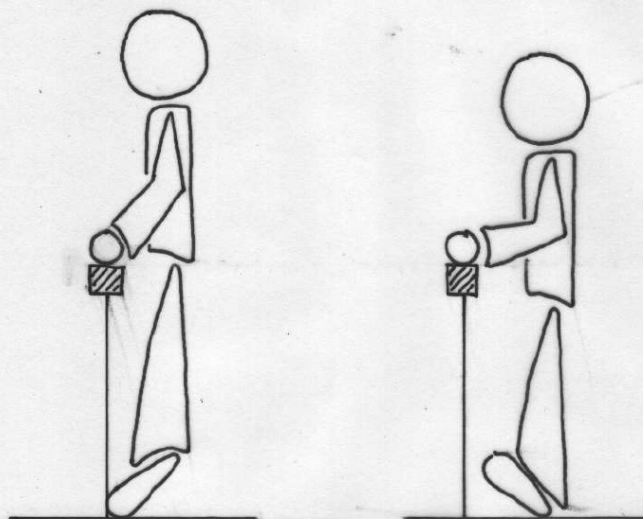


Věpor na rukou

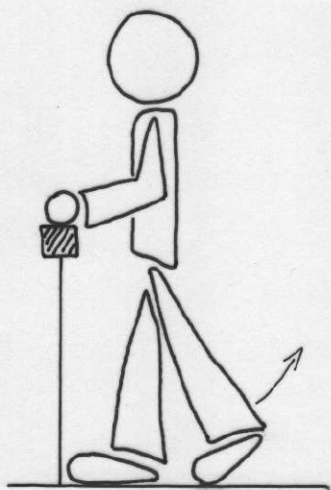
= Cviky s náčiním =  
Cvičební jednotka  
vestoje u opory



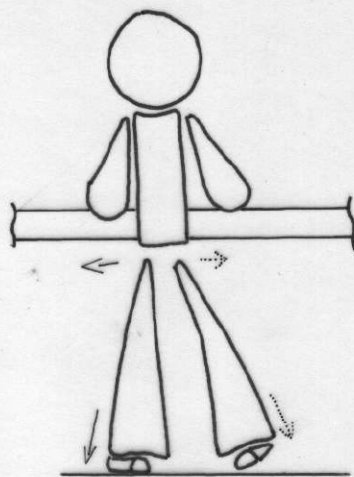
Podřepy



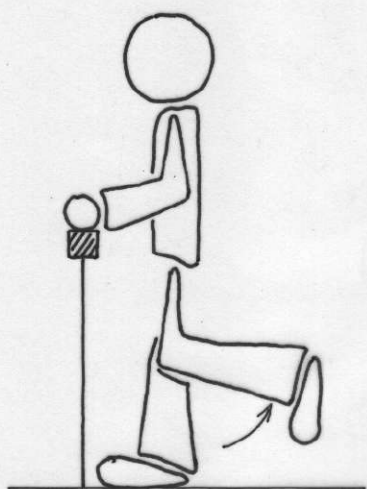
Stoj na špičkách a patách



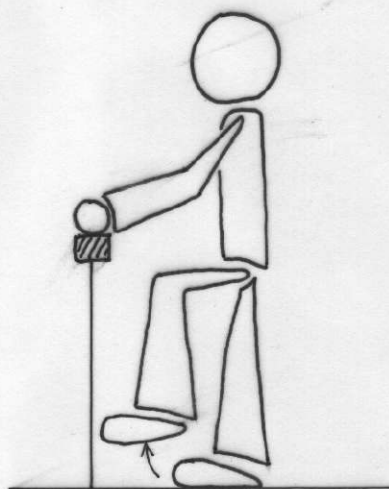
Extenze v kyčli



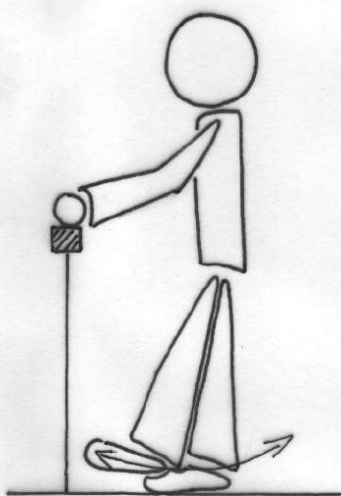
Přenášení váhy



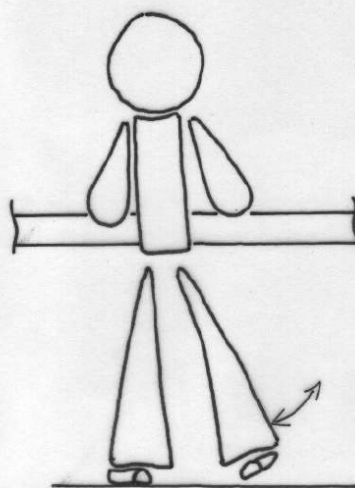
Flexe v kolenou



Flexe v kyčelním a  
kolenním kloubu

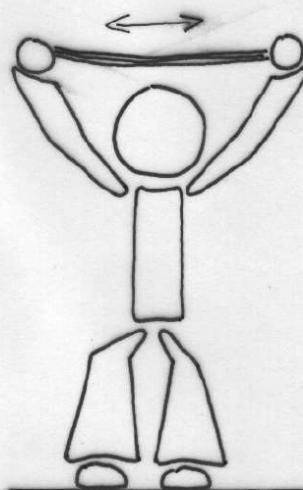


"Kývání v kyčlích"



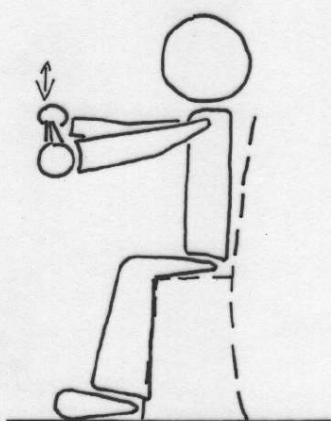
Abdukce v kyčli

= Cviky s náčiním =  
 Cvičební jednotka  
 s THERA-BANDY

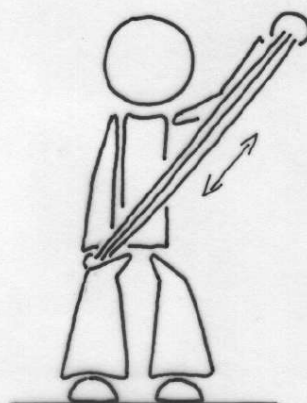


Pražení ve 180° flexi

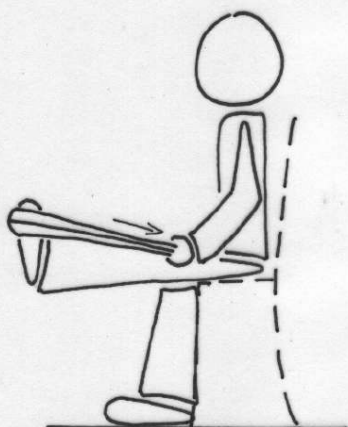




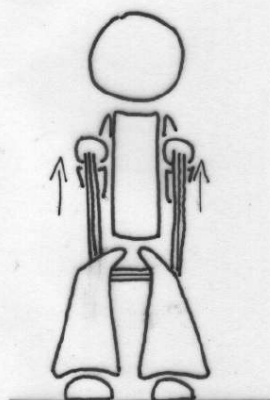
Pružení v 90° flexi



Pružení diagonálně



Protahování zadní  
strany stehen



Pružení ventrobrachiálně